

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA
GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN
MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE
CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA”**

CARMEN ELENA RIZZO SOTO

GUATEMALA, MAYO 2022.

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA
GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN
MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE
CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

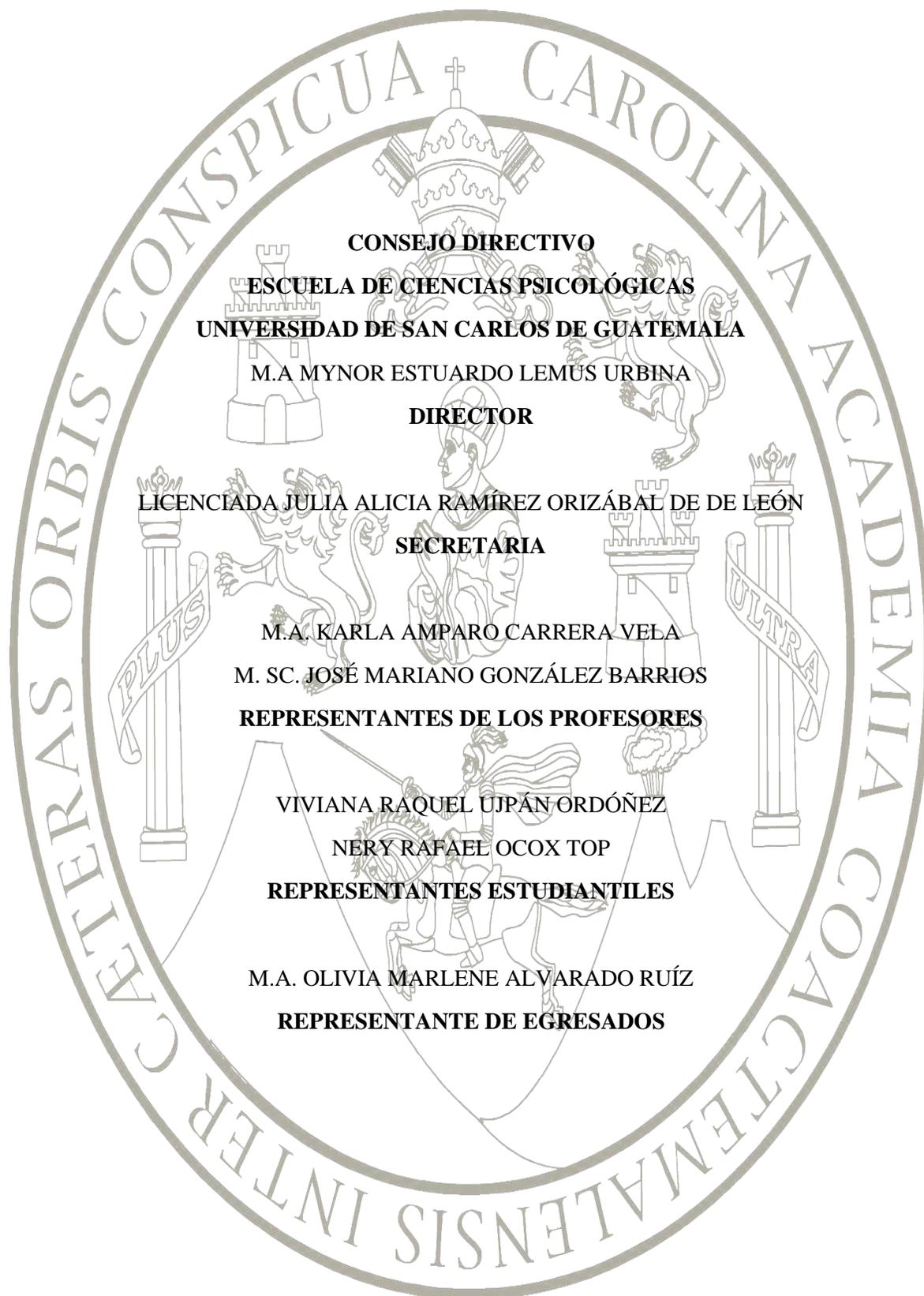
POR

CARMEN ELENA RIZZO SOTO

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, MAYO 2022.



**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

M.A MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL DE DE LEÓN

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. SC. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDÓÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUÍZ

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Cc. Archivo

CIEPS. 102-2021

Reg.030-2021

CODIPs.808-2022

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

18 de abril de 2022

Estudiante

Carmen Elena Rizzo Soto

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante Rizzo Soto:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO SEXTO (16°)** del **Acta DIECISIETE - DOS MIL VEINTIDÓS (17-2022)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 01 de abril de 2022, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO SEXTO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Carmen Elena Rizzo Soto

Registro Académico 2012-16681

CUI: 2325-75673-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la **Licenciada Cindy Lisbeth Morales Sánchez** y revisado por el **Licenciado Hugo Leonel Patal Vit**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal de León
SECRETARÍA DE ESCUELA II

/Bky



UGE-55-2022



Guatemala, 31 de marzo de 2022

Señores

Miembros del Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarle que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante, **CARMEN ELENA RIZZO SOTO, CARNÉ NO. 2325-75673-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16681 y Expediente de Graduación No. L-30-2017-C-**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional**
- **10 créditos académicos por trabajo de graduación**
- **15 créditos académicos por Examen Técnico Profesional Privado.**

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 24 de SEPTIEMBRE del año 2021.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ

COORDINACIÓN

UNIDAD DE GRADUACIÓN

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Lucía, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CIEPs.
REG. 030-2021



INFORME FINAL

Guatemala, 28 de octubre de 2021

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Hugo Leonel Patal Vit** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA”.

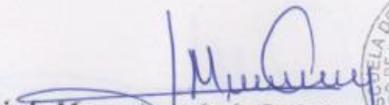
ESTUDIANTE:
Carmen Elena Rizzo Soto

DPL No.
2325756730101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 24 de septiembre de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 25 de octubre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano - CUM - Edificio "A"
9ª Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono 24-187530



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPs.



107-2021
REG. 036-2021
Revalidado por Revisor

Guatemala, 28 de octubre de 2021

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“EFECTIVIDAD DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y ACTITUDINALES EN MAESTROS VOLUNTARIOS QUE ATIENDEN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD QUE ASISTEN A ZONA DE CAMPEONES DE FRATERNIDAD CRISTIANA DE GUATEMALA”.

ESTUDIANTE:
Carmen Elena Rizzo Soto

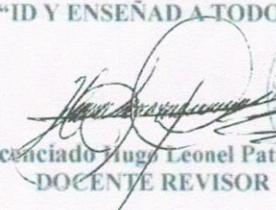
DPI. No.
2325756730101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 24 de septiembre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Hugo Leonel Patal Vjt
DOCENTE REVISOR



c. archivo

Guatemala 09/08/2021

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "*Efectividad de la psicoeducación como estrategia para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala*" realizado por la estudiante Carmen Elena Rizzo Soto, CUI 2325-75673-0101.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Cindy Lisbeth Morales Sánchez
Psicóloga
Colegiado No. 10148
Asesora de contenido

Guatemala 05 de agosto de 2021

Licenciado

Marco Antonio de Jesús García Enríquez

Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

“Mayra Gutierrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante **Carmen Elena Rizzo Soto**, CUI 2325-75673-0101 realizó 35 entrevistas a voluntarios de esta institución como parte del trabajo de Investigación titulado: **“Efectividad de la psicoeducación como estrategia para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala”** en el periodo comprendido entre los meses de abril a julio del presente año, en diferentes horarios.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Erika Loarca

Directora Operativa Zona de Campeones

Cel: 5879-4556

Sello



Directora en Funciones

Coordinación CIEPs

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR CARMEN ELENA RIZZO SOTO

CARLOS ENRIQUE RIZZO HERNÁNDEZ
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR EN GRADO DE LICENCIADO
COLEGIADO 2795

VIVIAN EUNICE GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
NUTRICIONISTA EN GRADO DE LICENCIADA
COLEGIADO 3943

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por el regalo de vida y salvación que me ha regalado cada día de mi existencia.

A mis Padres: Carlos Rizzo y Gilma Soto de Rizzo, por su amor, ejemplo y esfuerzo en sacarnos adelante a mis hermanos y a mí. Por tener siempre los brazos dispuestos para un abrazo y palabras de sabiduría y consuelo cuando la carrera fue difícil. Gracias por que no me dejaron rendirme y echarme ganas siempre. Los amo.

A mis hermanos: Por el apoyo en todo este tiempo de carrera. Gracias por distraerme cuando el trabajo se volvía mucho y por escucharme al aprender cosas nuevas. Gracias por ser parte de este proceso de mi vida. Gracias por los abrazos, las tazas de té y los memes que nunca faltaron. Los amo.

A mis primas y primos: Por siempre estar pendientes de mis avances y mis descubrimientos, y también por ser los hermanos mayores que necesite a lo largo de toda mi vida. Gracias por cada abrazo, cada porra y celebrar conmigo este logro. Los amo.

A mis tíos y tías: por su amor y su apoyo durante todos estos años. Por los chistes de psicólogos y dejarme llorar en sus casas. Gracias por estar pendientes y darme más espacios seguros para poder expresarme cuando todo me frustraba. Los amo.

A Mamita Carmencita: gracias por estar siempre pendiente y tenerme en tus oraciones todos los días y por siempre instarme a no parar de seguir creciendo en mi vida profesional y espiritual. Te amo.

A mis amigos en general: Gracias por creer, en mí incluso antes de iniciar la carrera. Gracias por confiar en mí y enseñarme a través de sus experiencias de vida, y ayudarme a ver más allá de las mías.

A mis amigos de la Universidad: Gracias por acompañarme en la experiencia de vida que es la Universidad. Gracias por cada risa y cada buen recuerdo y ser parte de lo que soy ahora.

A mis catedráticos: Por los conocimientos que compartieron conmigo durante mi formación. Gracias por ayudarme a comprender a la psicología más allá de una ciencia o una experiencia y verla como parte fundamental de lo que somos.

Carmen Elena Rizzo Soto

AGRADECIMIENTOS

A Dios por el regalo de la vida y el privilegio de poder estudiar en la Universidad.

A la Tricentaria Universidad de San Carlos de Guatemala por abrirme sus puertas para llevar a cabo mis estudios superiores y darme la oportunidad de realizarme profesionalmente.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas por darme la oportunidad de conocer teorías, estudios y experiencias que me ayudó a comprender el mundo de forma diferente.

A la iglesia Fraternidad Cristiana de Guatemala por permitirme realizar esta investigación y dejar un regalo a la congregación que es como mi segundo hogar.

A Miss Erika Loarca por su confianza al brindarme este espacio para llevar a cabo este proyecto y su apoyo a lo largo de este.

Al licenciado Hugo Patal por su capacidad, entrega y conocimiento, y su paciencia e insistencia para que terminara este proyecto, aunque tardara en hacerlo.

A la licenciada Cindy Morales por su asesoría, orientación, tiempo para poder llevar a término este proyecto y por su amistad y apoyo, que me hizo sentir acompañada.

A las licenciadas María José Portillo y Carmen Véliz por ayudarme a darle forma a este proyecto cuando yo no le encontraba ni pies ni cabeza.

A los voluntarios de Fraternidad Cristiana por su tiempo y su disposición a formar parte de este proyecto que busca el bien de nuestros niños y nuestra iglesia.

A mi familia por su apoyo a lo largo de este tiempo de carrera. Gracias por acompañarme en cada momento, darme un espacio seguro para comentar los cambios de puntos de vista que he vivido a lo largo de este tiempo, por hacerme sentir que este esfuerzo valía la pena y por recordarme que es un privilegio el poder estudiar, y aún más, llegar hasta aquí. Y por los chistes, risas y abrazos que nunca faltaron.

A mis amigos y seres queridos por ser parte de mi proceso de formación, por enseñarme a ver más allá de mis experiencias y privilegio y por hacer de mi vida universitaria una de las mejores etapas de mi vida.

INDICE

ACTO QUE DEDICO	iv
AGRADECIMIENTOS	v
Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico	4
1.01 Planteamiento del problema	4
1.02 Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
1.03 Marco teórico	6
Contextualización del problema	6
Resultados de estudios anteriores	10
Discapacidad	12
Causas de la discapacidad	16
Neurodiversidad	19
Síndrome de Down	20
Trastorno del espectro autista	21
Autismo Infantil.	22
Antecedentes de la Psicoeducación	26
Terapia Racional Emotiva Conductual	27
Modelo Cognitivo	27
Fundamentos de la Teoría Cognitiva	28
Psicoeducación	29
Capacidades conceptuales y actitudinales	33
Aplicación de la Psicoeducación en Zona de Campeones	35
1.03.01 Consideraciones éticas	36
Capítulo II	39
2. Técnicas e Instrumentos	39
2.01 Enfoque y modelo de la investigación	39
2.02 Técnicas	39

2.02.01 Técnicas de muestreo	39
2.02.02 Técnicas de recolección de datos	40
2.02.03 Técnicas de análisis de datos	41
2.03 Instrumentos	41
2.04 Operacionalización de los objetivos	43
Capítulo III	45
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	45
3.01 Características del lugar y de la muestra.	45
Características del lugar	45
Características de la Muestra	46
3.02 Presentación de Resultados	46
Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad	48
Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad	60
3.03 Análisis general	68
Capítulo IV	73
4. Conclusiones y recomendaciones	73
4.01 Conclusiones	73
4.02 Recomendaciones	74
Referencias	76
Diario de Campo	81
Instrumentos	84
Fotografías	91

Resumen

“Efectividad de la psicoeducación como estrategia para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala”

Autora: Carmen Elena Rizzo Soto

El presente proyecto de investigación tenía por objetivo general mostrar la efectividad de la psicoeducación en la generación de capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala.

La recolección de datos se llevó a cabo en un tiempo de tres meses, durante los cuales se aplicaron los instrumentos a 35 voluntarios de ambos sexos, que conformaban una muestra no probabilística, de edades comprendidas entre los 18 y los 50 años. Además, el estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo descriptivo y para la recolección de datos se aplicó una escala Likert con 12 ítems y un cuestionario con 12 ítems. Adicional se realizó un pequeño diario de campo. El análisis se realizó mediante la técnica de análisis descriptivo y mediante gráficas para la demostración visual de los resultados.

A través de la aplicación de instrumentos se identificaron las capacidades conceptuales y actitudinales de los maestros en cuanto al tema de discapacidad y junto a la fundamentación teórica se probó la necesidad de la psicoeducación para una preparación óptima e integral en materia de discapacidad e inclusión de los maestros voluntarios de Zona de Campeones, donde en general existe de parte de los voluntarios un sentimiento de responsabilidad ante las necesidades de los NNA con discapacidad en la iglesia. Pero también existe cierta renuencia e incomodidad a acceder a atenderlos por falta de información y técnicas de atención adecuadas.

Prólogo

El objetivo general del presente proyecto es describir la efectividad de la psicoeducación para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala, a través de los objetivos específicos como lo son la identificación de las capacidades conceptuales y las capacidades actitudinales en el tema de discapacidad.

El principal objetivo de la psicoeducación, como bien lo dice el nombre, es educar a la familia o a los cuidadores de un paciente con algún trastorno mental, una discapacidad o alguna otra situación que produce estrés a los cuidadores. Sin embargo, este proyecto propuso que la psicoeducación también puede ser aplicada para educar a los maestros voluntarios de Zona de Campeones, que, si bien, no pasan a diario tiempo con NNA con discapacidad, deben estar preparados para atenderlos de forma adecuada los fines de semana que estos asistan a los servicios de Fraternidad Cristiana de Guatemala.

La aplicación de la psicoeducación en este contexto social y religioso permitirá, que los voluntarios, tanto los nuevos como los que ya llevan años sirviendo en la iglesia, comprendan la discapacidad desde un punto de vista teórico, desarrollen empatía y entendimiento, y obtengan herramientas y preparación para la atención de NNA con discapacidad, proporcionando así un ambiente inclusivo, seguro y confiable dentro de Zona de Campeones.

A raíz de las respuestas obtenidas a lo largo de este proyecto a través de la aplicación de los instrumentos y el análisis de los mismos, se llega a la conclusión que en general existe de parte de los voluntarios de Zona de Campeones un sentimiento de responsabilidad ante las necesidades de los NNA con discapacidad en la iglesia pero, a la vez, también existe cierta renuencia e incomodidad a acceder a atenderlos por falta de información y técnicas de atención adecuadas.

Sin embargo, la mayoría de los voluntarios que participaron en esta investigación tienen conocimientos generales sobre lo que es discapacidad y los retos que esta conlleva al momento de atender NNA con discapacidad durante el horario del culto de Fraternidad

Cristiana de Guatemala, lo cual permite que exista espacio para mejorar conocimientos y técnicas para la atención de estos en la iglesia, lo que en un futuro ayudará a que se pueda comunicar esta información a otros voluntarios, ya sean estos nuevos o antiguos.

Se extiende de nuevo un agradecimiento a las autoridades de Fraternidad Cristiana de Guatemala por el permiso y el espacio otorgado para la realización de este proyecto que como una iglesia cristiana para la familia, concierne a todos los miembros para garantizar que la congregación sea un espacio seguro y confiable para los NNA con discapacidad y sus grupos de apoyo principales.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

Durante los últimos años, en Guatemala, se han hecho avances importantes en cuanto a la educación sobre la Discapacidad y este logro ha provocado que se procure la aceptación e inclusión de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos sociales y espacios públicos, por lo consiguiente, es de esperar que las organizaciones sociales, como las iglesias, también formen parte de estos avances.

Existe una mala educación en cuanto a temas de discapacidad física, cognitiva y mental, proveniente de la poca apertura que ha tenido la iglesia en general, hacia la psicología y sus ramas, ya que se tiene la creencia general de que la psicología es una ciencia que no puede mezclarse con las creencias religiosas y viceversa, por no encontrar tantos puntos en común.

Y aunque se han realizado talleres y actividades de enseñanza respecto a la discapacidad, aún no se comprende en su totalidad el apoyo que la psicoeducación puede ofrecer al momento de preparar a los maestros para el servicio y cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNA) con y sin discapacidad y la atención que esto conlleva con los padres de familia. Se debe siempre entender que la discapacidad no es el problema al que la iglesia se enfrenta, sino a la poca educación y mala información que se maneja en cuanto a este tipo de temas.

El área de escuela dominical aún tiene mucho en que prepararse para poder dar una atención adecuada a los niños con discapacidad física, cognitiva o que forman parte del espectro autista que son constantes miembros de la iglesia, y para que aquellos que son nuevos se sientan seguros y bien recibidos.

En Fraternidad Cristiana de Guatemala (La Frater), existe fácil acceso a las instalaciones, contando con rampas y accesos amplios, espacios para sillas de ruedas, y parqueos para personas con dificultad de movimiento. Además de esta adecuación del espacio físico para una mejor movilidad para personas con dificultad para moverse, una vez al año se realiza un taller para explicar a los maestros voluntarios, y cualquier interesado en el tema, los

diferentes tipos de discapacidad cognitiva, como el autismo y el Síndrome de Down. Además de eso, se procura recibir e incluir en las clases a niños y adolescentes con discapacidad física y cognitiva, y atenderlos en “Zona de Campeones”, la escuela dominical de Fraternidad Cristiana de Guatemala.

Los maestros voluntarios de Zona de Campeones son preparados para trabajar y atender niños de todas las edades y condiciones, sin embargo, en cuanto a la preparación para el trabajo con personas con discapacidad aún se tienen carencias, como por ejemplo, no comprender en su totalidad que es la discapacidad, existe una clara falta de comunicación entre los padres y los maestros, además de estigmatización en cuanto a lo que es la discapacidad y lo que permite o no hacer, a los niños y sus compañeros de clase.

Aunque Fraternidad Cristiana de Guatemala, utiliza la psicología como herramienta al momento de seleccionar a los maestros de Zona de Campeones, su uso es limitado, visto solamente como un apoyo teórico y no como una ciencia que puede contribuir al crecimiento emocional y espiritual de los maestros, servidores y miembros con y sin discapacidad, y sus familias, que asisten a la iglesia

Por eso mismo, el objetivo principal de este trabajo fue presentar a la psicoeducación como un apoyo y herramienta necesaria para la preparación de los maestros de escuela dominical, donde se entienda la discapacidad como una característica de la persona y no como un obstáculo inamovible. Además, el entendimiento de la psicoeducación ayudó a la aceptación de otras técnicas psicológicas de las cuales los maestros podrían utilizar más adelante y valerse de ellas para promover salud mental y apoyo emocional.

Estas son las interrogantes que este proyecto buscaba comprender:

¿Cuál es la efectividad de la psicoeducación para generar capacidades conceptuales y actitudinales? ¿Cuáles son las capacidades conceptuales en el tema de discapacidad?
¿Cuáles son las capacidades actitudinales en el tema de discapacidad?

1.02 Objetivos

Objetivo general

Describir la efectividad de la psicoeducación para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala.

Objetivos específicos

- Identificar las capacidades conceptuales en el tema de discapacidad.
- Identificar las capacidades actitudinales en el tema de discapacidad.
- Desarrollar talleres de psicoeducación sobre discapacidad.

1.03 Marco teórico

Contextualización del problema

La historia siempre ha registrado personas con discapacidad. Se tiene conocimiento de cómo las sociedades antiguas encontraban la discapacidad como un problema y actuaban de formas que ahora se consideran inhumanas para “erradicar” la discapacidad, algo claramente imposible.

Según Luciano Valencia (2014), hacia el siglo XIX, aunque aún se creía que el contacto con personas con discapacidad era nocivo para el resto de la sociedad, la discapacidad se entendía más como improductividad, por lo que a las personas con discapacidad se les alejaba y aislaba del resto para que no “obstruyeran” la productividad de los demás.

No fue hasta luego de la Revolución Francesa e Industrial que se revisó y se abrió debate en cuanto a la condición de vida que se le daba a estas personas. El cuidado, entonces, se limitó a ciertas atenciones domésticas y cuidados constantes, pero no a

educación. No se distinguía a la persona con discapacidad de los otros grupos de marginados, constituido por “locos”, incapaces, prostitutas y delincuentes.

Valencia (2014) expone que hasta finales del Siglo XIX una corriente pedagógica buscó dejar atrás la concepción médica vigente de ese tiempo y buscar un entendimiento pedagógico para la atención a las personas con discapacidad, sin embargo, aunque se creó toda una nueva corriente liderada por pedagogos como J.M Itard, Ovidio Decroly y Marie Montessori, no se dejó de lado el punto de vista médico, por lo que se le denominó a esta corriente como: la pedagogía-médica del anormal.

Cabe destacar que, para este tiempo, las escuelas “especiales” existían, sin embargo, estaban limitadas a niños con discapacidades sensoriales o motoras. Cualquier persona que presentara algún tipo de discapacidad cognitiva era enviada a hospitales psiquiátricos. Fue hasta principios del siglo XX que empezaron a surgir escuelas especializadas en atención a niños y niñas, no solo con sordera o ceguera, sino también para con discapacidad cognitiva. Ahí se empezó a reconocer las capacidades y educabilidad de las personas con discapacidad, pero aún no se daban las condiciones para integrarlas a una escuela regular.

El fin de la Segunda Guerra Mundial trajo una nueva perspectiva en cuanto al trato y la atención de personas con discapacidad, ya que muchos soldados eran considerados como discapacitados por los traumas físicos y emocionales que la guerra les había dejado, por lo que los términos “rehabilitación” e “integración” fueron, no sólo aceptados, si no que promovidos para reinsertar a la sociedad a aquellos que habían sufrido por la guerra. Sin embargo, aún no se consideraban como iguales a aquellos que habían nacido con una discapacidad, quienes se creía, no necesitaban reinsertarse o integrarse a la sociedad, pues sus necesidades eran entendidas como muy diferentes a las de los demás.

Hacia los años sesenta, los movimientos anti-sistémicos, conformado en su mayoría por organizaciones de padres de familia, empiezan a mostrar rechazo hacia las escuelas de educación especial que fomentaban la segregación, y poco a poco fue ganando el apoyo de profesionales y la opinión pública.

Fue a finales del año 1959 que se utiliza por primera vez el concepto de “normalización” en Dinamarca y, por lo tanto, esto busca que la persona, en términos

utilizados en la época, “deficiente mental” pueda desarrollar una vida tan plena y normal como sea posible. Este concepto se popularizó y se extendió a varios países.

El concepto de “normalización” puede explicarse en tres puntos:

- Aceptación de la diferencia en todas sus manifestaciones, con disminución de los prejuicios sociales.
- Atención a los sujetos “minusválidos” por equipos multiprofesionales.
- Apreciación a las leyes que estipulan:
 - El derecho de todo ciudadano a tener una vida normal
 - El derecho a tener experiencias que favorezcan el desarrollo de una personalidad propia
 - El derecho a protección económica por parte del estado, que le permita algún tipo de vida independiente.

La importancia fundamental del modelo social en la lucha por la igualdad y por un mundo no opresivo, no discriminatorio, radica en el hecho de que va más allá de la propia cuestión de la discapacidad y se centra más bien en el establecimiento y mantenimiento de un mundo social en el que todas las personas experimentan la realidad de los valores inclusivos y de las relaciones. (Barton, 2009, Pág. 144)

En cuanto a la situación de la Discapacidad en Centro América, específicamente en Guatemala, se puede dividir en dos etapas la forma de atención a personas con discapacidad:

La primera etapa inicia a finales del siglo XIX y se extiende hasta los años 40 del siglo XX. La atención generalmente se daba bajo la responsabilidad de la Iglesia y de cierta filantropía, para luego pasar a una atención pública provista por el Estado.

Tobar (2013) Explica que, durante este periodo, tanto a la Iglesia como a la gente con poder económico gustaban de ayudar a los menos “privilegiados” eran quienes proveían y administraban las instituciones de ayuda para personas con discapacidad. Sin embargo, la participación de la Iglesia promovió que el movimiento de atención humanista fuera visto como “demoniaco” y atrasó avances en cuanto a los modelos de atención.

Gracias a la influencia de la Iglesia, se construyeron asilos, casas de misericordia, albergues y hospicios con el motivo de que los sin fortuna se logaran regenerar.

Debido a lo anteriormente mencionado, surgieron las “Instituciones de Encierro”, que tuvieron cabida en el marco de atención a las personas con discapacidad hasta que se llegó la Revolución de 1944, que da pie a la segunda etapa de atención e indica el inicio de un cambio en los modelos de atención.

La segunda etapa de atención existe hasta el día de hoy. La atención de las personas con discapacidad pasa a manos del Estado, es decir, se dio paso a una atención pública. Se evidencia que la Revolución del 44 dio paso a cambios importantes sobre la atención a las personas con discapacidad, sin embargo, aún se depende de la ayuda de la Iglesia y organizaciones de filantropía. Además, este cambio dio paso a la modernización de los modelos de atención.

Tobar (2013) explica que, en el caso de Guatemala, dado que la atención de los problemas sociales nunca fue prioritaria durante la colonia ni después del surgimiento del Estado liberal, los intereses estatales tenían su foco de atención en las transacciones comerciales, en la explotación de recursos y de la mano de obra indígena, por lo que se impulsaron pocas acciones para crear un andamiaje institucional encargado de los sectores vulnerables. Se creó una alianza donde el estado subsidiaba las instituciones (asilos u hospicios), ciudadanos independientes las administraban y las figuras públicas se encargaban de la educación y asistencia directa de los asilados: pobres, huérfanos y personas con diversas deficiencias.

Aunque existieron muchas instituciones a cargo de la Iglesia y la filantropía privada, existen tres unidades a las que se les debe prestar bastante atención: el Hospital Nacional, el Asilo de Dementes y el Asilo de Inválidos.

El Hospicio Nacional inició sus actividades a mediados del Siglo XIX por gestiones de filántropos privados quienes solicitan a la municipalidad capitalina la autorización para la fundación de un hospicio. El Asilo de dementes (que representa el origen del actual Hospital de Salud Mental “Federico Mora”) se funda en 1886 en la ciudad de Guatemala, anexo al Hospital General. Finalmente, sobre el Asilo de Inválidos no se cuenta con

información certera, sin embargo, dado que también se encontraba anexo al Hospital General y al sistema de salud público de aquella época, lleva a sospechar que se trata del asilo que funciona actualmente dentro del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación “Jorge von Ahn”, y que fue fundado cerca de 1917 durante la administración de Manuel Estrada Cabrera. (Tobar, 2013, Pág.42)

Documentos institucionales y periódicos de esa época son prueba de cómo se fue construyendo la idea de la persona con discapacidad, la cual promueve la necesidad de las instituciones de atención y ayuda, pero, a su vez, presenta al sujeto discapacitado como en condición de desgracia, idea que, hasta el día de hoy, aún es mantenida e incluso, promovida por motivos de ignorancia sobre el tema.

Resultados de estudios anteriores

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad proporcionado por la Organización Mundial de la Salud en (OMS, 2011) “más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento”.

Vásquez (2010) expone en su trabajo que la discapacidad en América Latina es un tema complejo con enorme repercusión social y económica, pero que carece de datos fehacientes ya que los estudios estadísticos son escasos, están desactualizados además de ser poco precisos; y por eso mismo, muchas instituciones son obligadas a trabajar con datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad junto a otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades como el envejecimiento de la población, desnutrición, abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales.

En cuanto a Guatemala, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI) y Unicef, los resultados de la II Encuesta Nacional de Discapacidad, resume que:

Cerca de 1.6 millones de personas, es decir el 10.2% de la población guatemalteca tiene algún tipo de discapacidad.

- La prevalencia de discapacidad fue mayor en la región central con un 15.7% del total, siguiéndole la región noroccidental, con un 14.9%, la región suroccidental con un 10.4%, el nororiente con un 6.1% y suroriente con 5.4%.
- Se resalta que en una de cada tres familias vive, al menos, una persona con discapacidad.
 - El 5% de la niñez, entre 2 a 17 años posee alguna discapacidad.
 - En los jóvenes adultos de 18 a 49 años, la tendencia es del 12%
 - En las personas mayores de 50 años la tendencia es del 26% (CONADI, 2016)

Estas cifras no solo expresan datos estadísticos, también dan a conocer una realidad difícil para las personas con discapacidad: Guatemala no es un país preparado para atender, ni mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad enfrentan una serie de situaciones que los colocan en condiciones de exclusión frente al resto de la sociedad. Se trata de condiciones de desventaja que deben afrontar más de 7 mil hombres y 6 mil 800 mujeres. Es necesario promover el progreso de estas personas para una mejor inclusión, potenciar sus habilidades y ayudarlos a establecer sus prioridades. Ello implica invertir en empleos, salud, nutrición, educación y protección social, lo cual redundará en que estén mejor preparadas para aprovechar oportunidades. (Morales, 2016, Párrafo 2)

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados de las estadísticas e investigaciones al respecto, es necesario impulsar la inclusión en todos los aspectos de la vida humana para que las personas con discapacidad puedan gozar de todos sus derechos y obligaciones y ser apoyados para vivir con dignidad.

Según Velázquez (2010) Las personas que presentan algún tipo de discapacidad demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones.

Discapacidad

A lo largo del tiempo, la forma en que se define la discapacidad se ha ido transformado, de manera que al tiempo que los modelos cambian, las definiciones cambian también.

Según Tobar (2013) la definición de discapacidad incluyó acepciones mágicas. Posteriormente incluyó significados de enfermedad, subnormalidad, minusvalía, impedimento o retraso, hasta empezar a visibilizar, a partir de la segunda mitad del siglo XX, contenidos y señalamientos de tipo social que deben incluirse en la significación y en explicación del fenómeno, frente a definiciones/acciones “pasivas”.

Durante la década de 1980 se diferenciaba entre discapacidad, deficiencia y minusvalía:

- La discapacidad es la restricción del funcionamiento ocasionado por una deficiencia.
- La deficiencia es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- La Minusvalía, por su parte, es la desventaja que limitaba el cumplimiento de una función considerada normal para la edad del sujeto.

Tobar (2013) explica en su trabajo que el sesgo de estas definiciones, que se centran en el sujeto y su condición biológica particular, provocó serios cuestionamientos y debates que han implicado la transformación de los contenidos del concepto. Igualmente, la terminología empleada ha caído en un progresivo desuso, dadas las connotaciones negativas y peyorativas hacia las personas.

La OMS define la discapacidad desde el año 2001 como: un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales.

Sin embargo, esta misma definición concibe a la discapacidad como una condición resultante de la interacción entre un impedimento de cualquier tipo y la cultura, las instituciones sociales y los medios físicos. La definición de discapacidad ha evolucionado de hacer énfasis en la deficiencia hacia el señalamiento de una interacción entre una deficiencia particular y un entorno social restrictivo.

Sin embargo, estas definiciones no conciben discapacidad como una forma de opresión social mientras mantiene la concepción de esta como una “interacción” entre la condición de la persona y el entorno social como configurador de la condición de discapacidad.

Para entender, desentrañar y realmente evidenciar las condiciones sociales que configuran la discapacidad como realidad social es necesario superar la costumbre de enunciar las condiciones sociales al tiempo que se continúa relacionando la discapacidad con la deficiencia, pues esto da a entender que la condición de discapacidad de una persona es, al final, culpa de la persona, y del entorno, como que la sociedad, la política, la religión, las costumbres y pensamientos no afectaran cómo una persona con discapacidad, se ve, se siente y vive.

El concepto de discapacidad formulado por UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation por sus siglas en inglés) es:

“Así definimos la insuficiencia como la carencia parcial o total de un miembro, o la posesión de un miembro, órgano y mecanismo del cuerpo defectuosos; discapacidad como la desventaja o la limitación de actividad causada por una organización social contemporánea que tiene en escasa o en ninguna consideración a las personas con insuficiencias físicas y, por lo tanto, las excluye de la participación en las actividades sociales generales.”
(Tobar, 2013, Pág. 24)

La discapacidad no es el hecho de poseer una deficiencia, sino en la situación social de marginación y desventaja, con continuas restricciones de participación, violación de derechos fundamentales y el condicionamiento del bienestar de la persona y, en muchos casos, de su familia.

Durante los últimos años, el término normalización ha dejado de utilizarse e “inclusión” es más aceptado. Según la Real Academia Española, inclusión es la acción de incluir; e incluir es definido como poner algo o alguien dentro de un conjunto, o dentro de sus límites.

La inclusión es un enfoque que busca responder de forma positiva a las características que diferencian a las personas, no viendo la diversidad como un problema, sino como una oportunidad de enriquecer a la sociedad, por medio de la participación en aspectos familiares, educativos y laborales, además de todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades.

¿Cómo, entonces, puede llegarse a una verdadera inclusión? Un buen inicio es entender los términos adecuados para hablar con y sobre las personas con discapacidad. El Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI) propone los siguientes términos:

Tabla 1

Uso Correcto	Uso inapropiado
Persona con discapacidad	Discapacitado, anormal, incapacitado, deficiente, minusválido, diferente
Persona sin discapacidad	Persona normal
Personas adultas mayores con discapacidad	Ancianos, viejos, mayores
Persona en condición de discapacidad	Persona que sufre una discapacidad
Persona exitosa, productiva	Ha superado su discapacidad
Posee, tiene (...) discapacidad	Padece, sufre, aquejado de, víctima de (...) discapacidad
Reducir los índices de discapacidad	Evitar la discapacidad/ Eliminar la discapacidad
Persona ciega o con discapacidad visual	Ciego, invidente, no vidente
Persona con baja visión	Cieguito, cegato, corto de vista, tuerto, choco

Persona sorda o persona con discapacidad auditiva	Sordomudo, mudo, mudito
Persona con discapacidad física o persona con movilidad reducida	Mutilado, inválido, paralítico, cojo, tuerto, lisiado, minusválido
Persona con esclerosis múltiple	Afectado o Afectada por esclerosis múltiple
Persona de talla pequeña	Enano, pitufo, chaparro
Persona usuaria de silla de ruedas	Confinado en una silla de ruedas, postrado en una silla de ruedas
Persona con distrofia muscular	Afectado por distrofia muscular
Persona con parálisis cerebral	Víctima de parálisis cerebral
Discapacidad Congénita	Defecto de nacimiento
Persona con Epilepsia	Epiléptico
Persona con esquizofrenia	Esquizofrénico
Persona con discapacidad psicosocial/ Persona con Autismo	Loco, demente, trastornado, retrasado mental
Persona con discapacidad intelectual	Mongólico, retardado, retrasado mental, trastornado
Persona con Síndrome de Down	Retrasado, deficiente mental, tonto, subnormal
Persona con Discapacidad Física	Deficiente, enfermo mental, retardado

Fuente: CONADI 2019

Como se puede observar en el cuadro, la terminología correcta hace énfasis en el término “Persona con...” en vez de la discapacidad en sí. Esta tendencia es producto del movimiento surgido durante la segunda mitad del Siglo XX, donde personas con discapacidad empezaron a organizarse para luchar por sus derechos y un trato digno hacia ellos, para así terminar con los estigmas y la discriminación hacia las personas con discapacidad.

Como explica Valencia (2014) no se consideran correctas expresiones que se utilizan con carácter positivo tales como «capacidades diferentes» o «personas con

necesidades especiales». Respecto a la primera, se debe considerar que el estado de salud del que parte la discapacidad supone el daño o acotamiento de algunos órganos o funciones corporales, que pueden verse afectadas o reducidas, por lo que no hay una “capacidad diferente” sino una limitación o aminoramiento de las capacidades de la persona. Por otra parte, el concepto “diferente”, termina poniendo el acento en la carencia o diferencia antes que en la persona. Por ende, estas personas no presentan una capacidad diferente como sería volar o atravesar las paredes, sino una “discapacidad”, donde la diferencia se nota en la forma en que se desenvuelven en el entorno familiar, social, económico o cultural. En cuanto al concepto de necesidades especiales puede llevar a creer que las personas con discapacidad tienen necesidades que deben ser satisfechas en espacios segregados, cuando en verdad presentan las mismas necesidades que el resto de la población, aunque pueden presentar ciertas dificultades para satisfacerlas.

Causas de la discapacidad

Según Vásquez (2010) se puede clasificar las causas de la discapacidad en dos grupos principales:

- Causas sanitarias: Definidos como defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, accidentes de tránsito, enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto.
- Causas ambientales: Comprende problemas de contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas, la falta de prevención de la violencia, accidentes laborales y de tránsito, y conflictos armados.

Según el Currículo Nacional Base (CNB, 2017) en Guatemala se reconocen cuatro tipos de discapacidad, los cuales son:

- Discapacidad auditiva: que es aquella que no permite escuchar el mensaje correctamente, o bien oírlo en una intensidad disminuida, o no oírlo en lo absoluto.

Sus causas son variadas, pero pueden incluir: Enfermedades infecciosas padecidas por la madre durante el embarazo, especialmente la rubeola. En el período postnatal, un niño puede adquirir la discapacidad auditiva por sarampión, viruela, meningitis, infección en el oído, encefalitis, fiebres elevadas, daño físico en la cabeza o el área del oído, ruido excesivo o infecciones repetitivas en el canal del oído.

La discapacidad auditiva puede clasificarse de la siguiente manera:

- Pérdida Conductiva
 - Pérdida Neurosensorial
 - Pérdida Mixta
 - Sordera
 - Hipoacusia
- Discapacidad visual: Engloba diferentes aspectos como: la agudeza visual, el campo visual, visión binocular entre otras. Las deficiencias visuales, que también forman parte de esta discapacidad, son los trastornos de las funciones visuales que provocan dificultades en el proceso de percepción de los objetos del mundo circundante, estos pueden surgir como consecuencia de enfermedades oculares, anomalías en el desarrollo del analizador visual y de la refracción del ojo y de otras enfermedades.

Las causas de la discapacidad visual pueden deberse a varias circunstancias, las cuales son: Defectos de refracción, falta de vitamina “A”, enfermedades de la madre durante el embarazo, tales como: rubeola, toxoplasmosis, gonorrea; accidentes con objetos punzantes, explosiones de cohetillos y juegos pirotécnicos, golpes heridas o quemaduras en el ojo; meningitis o daño cerebral severo; infecciones oculares severas, enfermedades, como el aumento de la presión del ojo o al opacarse las partes transparentes del ojo.

La discapacidad visual puede establecerse en cuatro niveles:

- Ceguera

- Discapacidad visual profunda
- Discapacidad visual severa
- Discapacidad visual moderada

- Discapacidad intelectual: Esta se caracteriza porque la persona no aprende tan rápido, ni recuerda las cosas tan bien como otros en su grupo de edad, además su capacidad para relacionarse con los demás puede verse alterada. Se considera que una persona tiene discapacidad intelectual cuando hay limitaciones significativas en dos o más áreas de destrezas adaptativas necesarias para convivir socialmente en diversos espacios, lo cual puede incluir limitaciones en el cuidado personal, del hogar, destrezas sociales, ocio, salud y sentido de dirección. Se considera que una persona con un CI (Coeficiente Intelectual) inferior a 70 puntos tiene discapacidad intelectual.

Las causas de la discapacidad intelectual son diversas, pero pueden deberse a:

- Causas prenatales: infecciones maternas, toxinas ingeridas durante el embarazo, genéticas como el Síndrome de Down, enfermedades de transmisión sexual de la madre, defectos en la formación del tubo neural y desnutrición en la madre.
- Causas Perinatales: son los problemas que se puedan dar en el momento del parto. El momento del nacimiento puede ser peligroso tanto para el bebé como para la madre. Pueden ser: Falta de oxígeno al cerebro (anoxia), accidentes provocados por el cordón umbilical, golpes en la cabeza en el momento del nacimiento, mala utilización de fórceps.
- Causas Postnatales: son las que se producen después del nacimiento. Pueden ser: caídas que lesionen el cerebro, meningitis, encefalitis, poca alimentación y desnutrición.

Los grados de discapacidad intelectual se clasifican de la siguiente forma:

- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado

- Retraso mental severo
- Retraso mental profundo

- Discapacidad física: Se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción y puede afectar: brazos o piernas, o deberse a la mutilación de miembros superior o inferior, y en algunos casos, ambos.

Las causas de la discapacidad física pueden deberse a varios factores como: enfermedades, accidentes, amputaciones, parálisis cerebral e infecciones o traumatismo como consecuencia de malos tratos.

Los tipos de discapacidad física se clasifican de la siguiente manera:

- Parálisis cerebral
- Epilepsia
- Problemas que afectan las articulaciones
- Problemas que afectan los huesos
- Problemas que afectan los músculos
- La artrogriposis
- Atrofia muscular espinal de la niñez
- Amputaciones
- Focomelia

Neurodiversidad

Según Ruiz-Danegger (2016) la neurodiversidad se plantea como alternativa al concepto de “discapacidad” y sus consecuencias sociales y culturales. Se originó como un movimiento entre personas diagnosticadas dentro del TEA (trastorno, o condición, del espectro autista), quienes se consideraban a sí mismos diferentes, pero no discapacitados.

El término “neurodiversidad” surge de un movimiento social en búsqueda del reconocimiento de una identidad positiva dentro del mundo del autismo. Su uso empezó a finales de la década de 1990. Podría considerarse como una alternativa para tratar sobre

entidades identificadas a lo largo del tiempo también como “minusvalías”, “trastornos”, “discapacidades” y otros términos semejantes, especialmente en los casos de trastornos mentales, o discapacidades cognitivas, aunque su uso para otro tipo de trastornos, como los de ansiedad o depresión, también empiezan a utilizar el término como una “sombra” que abarca a todos aquellos con “alteraciones cognitivas” y no se les considera neurológicamente típicos, como el Síndrome de Down.

Síndrome de Down

El Síndrome de Down, también conocido como “Trisomía 21” es una situación o circunstancia que ocurre en la especie humana como consecuencia de una alteración genética, la cual consiste en que las células de la persona poseen en su núcleo un cromosoma extra.

Un síndrome significa la existencia de un conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una determinada condición patológica. El Síndrome de Down se llama así porque fue identificado inicialmente el siglo pasado, por el médico inglés John Langdon Down. Sin embargo, no fue hasta 1957 cuando el Dr. Jerome Lejeune descubrió que la razón esencial de que apareciera este síndrome se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales. (Flórez Beledo, 2010, pág. 1)

Existen tres diferentes formas de la Trisomía 21, las cuales son:

- **Trisomía Libre o Simple:** Es la circunstancia más frecuente en el Síndrome de Down, siendo la que presenta el 95% de población con Down. La trisomía libre o simple se puede explicar de la siguiente manera:

Cuando se forman los óvulos y los espermatozoides, lo hacen a partir de células originarias en las que, al dividirse, sus 46 cromosomas se separan: 23 van a una célula y sus correspondientes parejas se van a otra; por eso cada una tiene 23 cromosomas. Pero a veces ocurre que esta división y separación de las parejas de cromosomas no se realizan correctamente; es decir, una de las parejas de cromosomas (en nuestro caso la pareja 21) no se separa, sino que los dos cromosomas 21 permanecen unidos y se quedan en una de las células (óvulo o espermatozoide) divididas. Ha ocurrido lo que los técnicos

llaman "no-disyunción" o "no-separación". Con lo cual esa célula tiene ya 24 cromosomas, dos de ellos de la pareja 21; al unirse con la otra célula germinal normal que aporta sus 23 cromosomas, la nueva célula resultante de la fusión en el momento de la concepción tendrá 47 cromosomas, tres de los cuales serán 21, y a partir de ella se originarán todas las demás células del nuevo organismo que poseerán también los 47 cromosomas. (Flórez Beledo, 2010, pág.2)

- **Translocación:** Este tipo de trisomía 21 es presentada por un 3.5% de personas con Down y se debe a que se presentan 2 cromosomas del par 21 completos más un trozo más o menos grande de un tercer cromosoma 21 que generalmente se encuentra pegado o adherido a otro cromosoma de otro par, normalmente, del par 14. Como explica Flórez Beledo (2010) Esto se debe a que el padre o la madre poseen en las células de su organismo, en lugar de dos cromosomas 21 completos que es lo normal, un cromosoma 21 completo más un trozo de otro cromosoma 21 que se desprendió y se adosó a otro cromosoma.

- **Mosaicismo:** Este tipo de trisomía aparece en el 1.5% de población con Down. Como explica Flórez Beledo, (2010) corresponde a la situación en que óvulo y espermatozoide poseen los 23 cromosomas normales, y por tanto la primera célula que se forma de la fusión de ambos es normal y posee sus 46 cromosomas. Pero a lo largo de las primeras divisiones de esa célula y de sus hijas surge en alguna de ellas el mismo fenómeno de la no-disyunción o no-separación de la pareja de cromosomas 21 que antes comentábamos, de modo que una célula tendrá 47 cromosomas, tres de los cuales serán del par 21. A partir de ahí, todos los millones de células que deriven de esa célula anómala tendrán 47 cromosomas.

Trastorno del espectro autista

Pertenece a una categoría distinta llamada “Discapacidad Específica del Aprendizaje”, sin embargo, más que al aprendizaje, el autismo afecta el niño de forma más

amplia en lo que se refiere a habilidades sociales y comunicación. Se asocia al autismo dificultades de procesamiento sensorial, movimientos repetitivos e intereses limitados.

Autismo Infantil.

Se puede definir el autismo infantil como: “una alteración del comportamiento infantil, y se entiende como un comportamiento gravemente perturbado, cuya mayor característica es una grave incapacidad de relacionarse con los demás.” (Zapella, 1998, P.11)

En la base del autismo existe una alteración neurobiológica que puede ser de naturaleza distinta de un caso a otro, es decir, hay varias causas para el autismo, pero ninguna es la norma o la regla como causa de este estado. Aunque se han propuesto varias hipótesis al respecto, ninguna ha sido probada como verdadera hasta el momento.

El autismo es un comportamiento que puede ser transitorio, durante meses o años, y luego, también desaparecer de manera espontánea. Sin embargo, con frecuencia en estos casos quedan incapacidades de diversa índole. En otras personas, el autismo permanece durante toda la vida.

La definición de autismo infantil se basa en los siguientes criterios:

- Una grave alteración de la reciprocidad social
- Una anomalía grave de la comunicación verbal
- Un repertorio de comportamiento restringido con una pobreza de fantasía y como consecuencia, simbolismo ausente. Además, presenta estereotipias motoras, pobreza de intereses y una excesiva insistencia en hacer las mismas actividades, algo conocido como hiperselectividad.

Según Zapella (1998) se podría decir que, de acuerdo con la expresión de estos síntomas, también así se puede catalogar el autismo. Por ejemplo, en aquellos niños que presentan estos tres grupos de síntomas se les puede identificar como niños con síndrome autista completo, o autismo infantil. Por otra parte, a los niños que presentan de forma atípica estos síntomas, es decir, de vez en cuando, o solo uno o dos de los síntomas, se puede identificar su autismo como “parcial”. Ahora, si existen solo algunos aspectos de los

síntomas, es mejor hablar de “rasgos autistas”. Se puede revisar el DSM-V para conocer más a fondo sus síntomas. Para el diagnóstico del autismo se requieren por lo menos dos elementos de la primera categoría, uno de la segunda y uno de la tercera: por lo menos seis elementos en total.

Poner categorías para el diagnóstico, o requerir que se cumplan ciertos patrones ha permitido que se amplíe el campo del autismo y permita que el diagnóstico sea más fácil y preciso de comprobar. Sin embargo, ninguna de estas definiciones o elementos toma en cuenta que el diagnóstico puede verse severamente modificado por el contexto en el que el niño autista se desarrolla. La naturaleza del autismo parece ligada a factores orgánicos, síntomas neurológicos específicos y trastornos neurobiológicos de otra naturaleza.

Parte fundamental de la actual definición del autismo es la grave alteración de la capacidad de socializar. Lo que tiene como primera consecuencia un desarrollo menor de capacidades mentales.

Se podría decir que existen “leyes” que rigen y regulan el crecimiento de la mente humana, y la capacidad de poder responder a las diferentes interacciones sociales, lo que es llamado “reciprocidad”, es una de ellas. La reciprocidad se comienza a demostrar y entender a los primeros días del nacimiento.

Zapella (1998) lo explica la reciprocidad social con el siguiente ejemplo: una madre toma a su hijo en brazos, lo mira a los ojos, recibe y da sentido a sus primeras expresiones y le habla de modo infantil, poniéndose en armonía emotiva con él y poniéndose al mismo nivel de afectividad y sobre esto, insertando una variante, que puede ser de esperanza, si el pequeño llora, o bien, de confirmación y de mayor contentamiento si el niño está alegre y ríe. En este contexto, el pequeño continuamente dirige a la madre su mirada, su expresión, sus “gorgojeos”, y la secuencia que se desarrolla entre ellos tiene un ritmo propio, en que cada cual toma su turno en el momento justo.

El adulto comprende que la mente en desarrollo de los bebés y recién nacidos requiere una mente madura y experta que sea capaz de brindar variantes en la forma de hablar e interactuar conforme a la necesidad del niño. Esto no solo brinda al infante “seguridad emotiva”, sino también da sentido de identidad, imitación y desarrollo del

lenguaje que la mente del niño recreará en momentos de quietud y que a los pocos meses podrá recrear con sus propios sonidos, creando variaciones y expresiones propias para comunicarse con sus cuidadores, lo que es tomado como un inicio del desarrollo narrativo en el niño.

Puede entenderse entonces que la mente humana, para crecer, necesita de otra mente humana con más experiencia, como la de un adulto, para que comparta significados y de sentido a las palabras, gestos, ruidos, y demás que es parte de una interacción. Podría decirse, entonces, que la reciprocidad social es algo tan intrínseco en el ser humano que podría ser tan básico como un instinto.

La relación directa inicia en los primeros meses de vida como relación niño-adulto con componentes innatos muy evidentes por parte de ambos. Esto es llamado “intersubjetividad primaria” que es descrita por Trevarthen (Citado en Zapella, 1998) como “una relación entre los dos, no mediada por objetos”. Se espera que esta relación entre adulto-niño no sea la misma, si no que cambie con el tiempo durante las sucesivas etapas de la vida de ambos. La relación cada vez será más plástica y variable, lo que permite que sea un modo fundamental de la relación humana para toda la vida.

Según Trevarthen (Citado en Zapella, 1998) “Durante el segundo año de vida se desarrolla la “intersubjetividad secundaria”, que puede entenderse como la forma en que el niño se comunica con el adulto en busca de aprobación, negación o acompañamiento.”

Un ejemplo de esto es cuando el niño se sienta en su silla o mesa y con lo que tiene al alcance, empieza a tocar, mover, jugar, construir. El niño ve a la madre, la madre le sonrío y le deja hacer, o busca colaborar con el pequeño para enseñarle algo nuevo. Esto es el principio de una relación colaboradora, que es igual de fundamental para el establecimiento de la reciprocidad social.

Como explica Zapella (1998) la continuidad de la exposición del niño a las “intenciones” de los demás genera otros cambios, como, por ejemplo, empezar a notar que otros piensan y actúan de manera independiente a la suya, lo que se llama “teoría de la mente”. También inicia el “juego simbólico” que es clave para no solo enriquecer la

capacidad de narración del niño, si no, que también permite que el niño internalice y comprenda los eventos que pasan a su alrededor.

Poco después, el niño será capaz de iniciar el “juego simbólico”, en el cual no sólo juega, sino que también atribuye un significado imaginado a objetos que usualmente tiene otras funciones, por ejemplo: darles vida a los carros, roles a los muñecos, etc. Esto enriquece, a su vez, la capacidad narrativa del niño y aprende a tomar “nota” de las actitudes de los adultos a su alrededor para ir las replicando o rechazando.

Sin embargo, en las situaciones donde el niño es considerado difícil o enfermo, y en donde los padres, por esto mismo, se mantienen ansiosos, este impulso de autonomía puede verse afectado, e incluso, desvanecerse.

En los niños que pertenecen a la gama autista, la reciprocidad social puede resultar difícil desde los primeros meses de vida, o puede que se altere más tarde, entre el segundo y el tercer año de vida, luego de un periodo inicial “normal”, lo cual es sorprendente para los adultos que rodean al niño.

Una buena parte de niños con autismo se encuentra en la situación de no poder utilizar a una mente humana adulta para recibir, compartir y restituir sus mensajes, con la finalidad de ser entendido. Esto se debe a causa del retraimiento visual, físico y la escasa atención que el niño presenta al interactuar con sus semejantes y los adultos a su alrededor.

En numerosos casos incluidos en la gama autista, en ciertas fases del desarrollo puede mejorarse la reciprocidad social, lo que permite que se aumenten varias capacidades del niño autista. El instrumento más adecuado para esto es la “activación emotiva” que consiste en producir un aumento cuantitativo de estímulos específicos para crear una “inestabilidad” en el sistema nervioso, luego exponerlo a una nueva situación y reorientarlo. Sin embargo, la activación emotiva deber de ser manejada de tal manera que no exceda los altos límites de excitabilidad y se debe buscar que active al niño, no perturbarlo.

La capacidad de modular la relación en el tono de voz, en la guía de actividades motoras y en la relación corpórea es el arte de la terapia, que es tanto responsabilidad de el terapeuta como del padre.

Un hecho evidente, comprobable con facilidad desde el sentido común es que los seres humanos diferimos unos de otros no solo en cuanto al aspecto físico, también, esencialmente, desde un punto de vista psicológico, social y cultural.

Antecedentes de la Psicoeducación: Terapia Cognitivo Conductual o Psicoterapia Cognitiva

La Psicoterapia Cognitiva es una rama de la psicología que tiene sus orígenes en el psicoanálisis y el conductismo. Según Camacho (2003) este tipo de modelo de terapia es llamado cognitivo ya que pone especial énfasis en las cogniciones, entendiendo estas como ideas, constructos, creencias, imágenes, atribuciones de sentido o significado y la importancia de estas en los procesos mentales. El desarrollo de la teoría cognitiva es tan popular, que actualmente se ha extendido su uso más allá de ser usado en situaciones de estudios psicológicos o terapéuticos.

La Psicoterapia Cognitiva puede entenderse, desde su etimología, como “el cuidado y cura del espíritu mediante la razón” (Camacho, 2003, Pág. 1), por lo que ha diseñado métodos específicos que permiten ser aplicados a distintas personas, en distintos ámbitos y con diferentes problemáticas para mejorar su calidad de vida, solucionar problemas y tratar trastornos mentales.

El Cognitivismo, que es la rama de donde la Psicoterapia Cognitiva surge, se fundamentó gracias a la inconformidad por los modelos y desarrollos de teorías conductuales, por lo cual sus autores, principalmente Bandura, Meichenbaum y Lazarus comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones en cuanto a la cognición y el comportamiento.

Por otro lado, en la corriente psicoanalítica, también se cuestionaba las teorías y modelos propuestos por el psicoanálisis. De esta corriente, destacaron Kelly, Ellis y Beck, quienes se alejaron de sus raíces psicoanalíticas porque “no aportaba evidencia empírica, relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico” (Camacho, 2003, Pág. 3) Los pioneros de la terapia cognitiva son Aaron Beck y Albert Ellis.

Terapia Racional Emotiva Conductual

Albert Ellis, en 1956, inició con una nueva propuesta psicoterapéutica llamada Terapia Racional, para luego cambiarle el nombre a Terapia Racional Emotiva, que luego en 1994 fue renombrada como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Se considera el núcleo de la TREC lo que Ellis denominó el ABC:

- A: Activating Event o Evento Activador
- B: Belief System o Sistema de Creencias
- C: Consequence o Consecuencia

En la actualidad, como explica el equipo editor de CATREC (Fundación Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual) (2013) en la actualidad las relaciones de este modelo son más complejas que lo propuesto por el modelo ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. Estas relaciones no son exclusivas, lineales ni unidireccionales, pero se sigue utilizando ese modelo básico para explicar el origen y tratamiento de trastornos.

Modelo Cognitivo

El Modelo Cognitivo es fue propuesto por Aaron Beck y es una terapia, que, como su nombre lo indica, es de tipo cognitiva, enfocada a modificar pensamientos y conductas disfuncionales. El inicio de esta teoría se dio cuando Beck se distanció del psicoanálisis para tratar la depresión utilizando esta terapia, lo cual consiguió exitosamente.

Fue Beck quien en 1976 acuñó el término Psicoterapia Cognitiva al dar a conocer su modelo de intervención y fue en 1977 que publicó un artículo en el cual caracterizó al modelo como tratamiento para la depresión.

Como Explica González, Barreto y Salamanca (2017) el Modelo Cognitivo ha atravesado varios cambios, y no fue hasta 2014 que tuvo su última actualización, en el cual se denominó Modelo Cognitivo Genérico-Integrativo, el cual parte de la premisa que la articulación de los procesos cognitivos y conductuales explican la base común de los trastornos y su diferenciación.

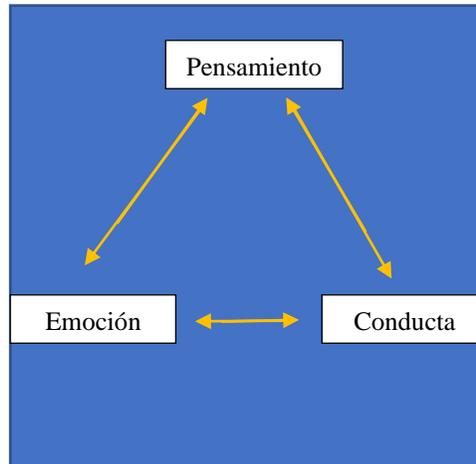
Fundamentos de la Teoría Cognitiva

Es a partir de estos dos autores que la Psicoterapia Cognitiva encuentra su base y propone una estructura particular que permite comprender la cognición como un proceso y no solo como una respuesta a un estímulo o trauma. Este proceso consta de tres partes:

- **Esquemas:** Según Beck (1979) los esquemas son definidos como representaciones internas de estímulos, ideas o experiencias que controlan el procesamiento de información.
- **Creencias:** Las creencias son representaciones o abstracciones de contenidos del esquema, como, por ejemplo: suposiciones, expectativas, miedos, reglas y evaluaciones. Como indica Camacho (2003) las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y los esquemas, por lo que dan sentido al mundo y se construyen y generalizan a raíz de la experiencia. Existen dos tipos de creencias: las nucleares, que tienen relación directa con la identidad y el ser de la persona y las periféricas que se relacionan con aspectos secundarios del sujeto.
- **Pensamientos Automáticos:** Según explica Camacho (2003) el pensamiento automático se relaciona con el flujo de la creencia y tiene tres elementos: direccionalidad, curso y contenido.

Estos elementos podrían comprenderse como un diálogo interno de cada persona y son estos elementos con los que trabaja la Psicoterapia Cognitiva, que se caracteriza por ser un tratamiento activo, directivo estructurado y con tiempos limitados. La estructura de la terapia cognitiva puede graficarse de la siguiente manera:

Figura 1:



Fuente: Camacho (2003)

Como explica Camacho (2003) los pensamientos, las emociones y las conductas se relacionan estrechamente las unas con las otras y esa relación es recíproca y no causal.

Psicoeducación

La psicología es una ciencia que se caracteriza por diferentes ramas teóricas y técnicas diversas que buscan la comprensión y entendimiento de diversos temas importantes para el desarrollo de la psique humana, la sociedad, y las capacidades personales y sociales. Entre estos, se encuentra la psicoeducación que se puede definir de la siguiente manera:

Según Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017) la psicoeducación es una aproximación terapéutica, que da inicio en la corriente cognitivo conductual, y la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad a la vez que es un proceso en el cual un facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Así que se comprende que la psicoeducación es una aproximación teórica y terapéutica que busca, como bien su nombre lo dice, la educación de la familia y grupos de apoyo de un enfermo que debe ser cuidado por estos, para apoyarles durante el tiempo que deban cuidar al paciente, ofrecer consejería y entrenamiento, y acompañarles al afrontar las dificultades que el cuidado pueda generar.

La psicoeducación surge del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia y su primera articulación se encuentra en los trabajos de George Brown, en particular su concepto de Emoción Expresada (Brown, 1972), acuñado en base a la observación de la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presenta un cuadro diagnosticado de esquizofrenia. El autor, a partir de sus observaciones, afirma: “En tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos”, lo que supone haber localizado elementos para determinar patrones de comportamiento específicos entre familiares y enfermo que están involucrados en la recaída y agravamiento de los signos y síntomas de la enfermedad. (Albarrán, Macías, 2007, Pág. 119)

La psicoeducación es planteada como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, en el cual se plantean factores de vulnerabilidad de elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además sucesos estresantes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución, tanto para el individuo como para su familia o grupo de apoyo.

Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la sensación de carga que el enfermo representa para su familia, por lo que se busca localizar los comportamientos y patrones que están implicados en las recaídas y agravamiento del enfermo, se propone una intervención para modificarlos y así cambiar sus efectos, lo que

busca como resultado evitar, o por lo menos, disminuir las recaídas del enfermo para que esto a su vez ayude a la salud mental y emocional de la familia.

Resumido, la psicoeducación busca establecer en los familiares los siguientes principios:

- El trastorno es una enfermedad cerebral.
- La necesidad imprescindible del seguimiento farmacológico.
- El involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador.

Ese último es de gran importancia, pues procura que en el hogar se mantenga un ambiente emocional adecuado, donde los familiares del paciente tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que ayudaría a favorecer bajas exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión y facilitando la reinserción al medio social.

Aunque la psicoeducación inició para el tratamiento de la esquizofrenia, se ha ampliado su aplicación en varios trastornos mentales y discapacidades, por lo que, con cambios y adecuaciones en el contenido de la información, se puede estandarizar una dinámica de información para diferentes usuarios.

Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017) explican que, a grandes rasgos, los principios metodológicos de la psicoeducación se pueden estructurar de la siguiente manera:

- Alianza terapéutica
- Brindar información
- Propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad
- Integración gradual del paciente en su rol familiar
- Continuidad en el cuidado del paciente con vinculación institucional

Además de estos puntos, es necesario destacar que existen tres aspectos compartidos y aceptados por la mayoría de los modelos psicoeducativos, los cuales son:

- Ayudar a los familiares del paciente
- Reconocer que en el ambiente no está implicada la etiología
- Reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares

En base a lo anteriormente mencionado, se proponen cuatro etapas de intervención psicoeducativa:

- Involucramiento familiar
- Información y orientación
- Entrenamiento en solución de problemas
- Rehabilitación social del paciente, familia o cuidador

La psicoeducación es una herramienta que presta una serie de intervenciones que se enfocan en mejorar el conocimiento de la enfermedad del paciente, o discapacidad en el marco de atención de Zona de Campeones, en el cuidado de estos y en la mejora de atención, algo de lo cual es de beneficio tanto para las familias con niños con discapacidad en Zona de Campeones, como para los mismos maestros, pues los dota de capacidades e información para una atención óptima.

Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017) exponen que la psicoeducación se diferencia del resto porque incluye técnicas específicamente orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico de la familia y cuidador.

La finalidad del modelo psicoeducativo es la de educar e informar, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad.

Como Camacho (2003) expresa, la psicoeducación o la educación respecto del trastorno o enfermedad no sólo es importante por sus efectos clínicos, sino que es una obligación ética con el paciente ya que las personas tienen derecho a saber lo que les pasa. Como toda herramienta puede ser bien usada o mal usada, el problema no es de la intervención sino de la pericia del profesional que hace uso de ella.

En el modelo psicoeducativo, como explica Osio (2017) se distinguen dos modelos básicos: el que se centra en la información, conocido como Psicoeducación Informativa y el que se centra en la conducta, al que se le conoce como Psicoeducación Conductual.

El modelo de psicoeducación informativa tiene como prioridad la transmisión de información, por lo que es bastante breve. Por otro lado, el modelo de psicoeducación conductual es más largo y prioriza los cambios de conducta tanto en el paciente como en los implicados en su cuidado.

Para el trabajo de psicoeducación en Zona de Campeones, se propone hacer uso del Modelo Psicoeducativo Informativo, el cual puede ser llevado a cabo en 5 o 6 sesiones (Osio, 2017, Pág. 19) ya que se busca educar a los maestros a través de la transmisión de información.

Capacidades conceptuales y actitudinales

En el marco de las actividades de enseñanza-aprendizaje, de la cuales la psicoeducación, por sus objetivos, también es parte de, se pueden encontrar diferentes elementos con los cuales los profesores, o encargados de la enseñanza en otras disciplinas, trabaja con sus alumnos para conseguir capacidades expresadas por objetivos.

Cuando se habla de contenidos, es necesario comprender que estos son “el conjunto de saberes culturales, sociales, políticos, económicos, científicos, tecnológicos que conforman las distintas áreas disciplinares y se consideran esenciales para la formación del individuo.” (Gonzalez, 2009, Párrafo 1) Este conocimiento es necesario asimilarlo y apropiarlo para asegurar el desarrollo y socialización, tanto de alumnos en diferentes grados de estudios, como para cualquier persona que no se considera alumna, pero muestra interés en aprender algo fuera de su “zona de confort” ya sea por necesidad, o por mera curiosidad.

“La idea de fondo es que el desarrollo de los seres humanos no se produce nunca en vacío, sino que tiene lugar siempre y necesariamente en un contexto social y cultural determinado”. (Gonzalez, 2009, Párrafo 1)

Las actuales corrientes pedagógicas distinguen tres tipos de contenidos de diversa naturaleza: contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales. De estos tres, para la

realización de esta investigación, se utilizarán solo dos tipos: contenidos conceptuales y actitudinales.

Contenidos Conceptuales

Según Vaquero (2019) estos contenidos recogen los hechos conceptuales y los principios. Además, suponen relaciones de atributo, subordinación, coordinación, causalidad de naturaleza descriptivo-explicativa y de naturaleza prescriptiva. Los tipos de estructuras de estos contenidos son principios, teorías o modelos explicativos, taxonomías y matrices, sistemas de clasificación, listas, colección ordenada, etc.

Los contenidos conceptuales corresponden al área del saber, lo cual incluye hechos, fenómenos, y conceptos que pueden ser aprendidos a través de diversas técnicas. Además, están formados por conceptos, principios, leyes, enunciados, teoremas y modelos. Sin embargo, la obtención de este tipo de contenidos no es suficiente para que se lleve a cabo un verdadero aprendizaje.

Contenidos Actitudinales

Por su parte, Vaquero (2019) indica que los contenidos actitudinales son aquellos que señalan los valores, las normas y las actitudes. Suponen relaciones de respeto a sí mismo, a los demás y al medio, además de sensibilidad y madurez. Son ejemplos de contenidos actitudinales:

- Tolerancia y respeto por las diferencias individuales.
- Valoración de la higiene y el cuidado corporal.
- Mejora de la autoestima.
- Participación en los procesos de aula.
- Sensibilidad hacia la realización cuidadosa de experiencias.

Según González (2009) la actitud es considerada como una propiedad individual que define el comportamiento humano y se relaciona con el ser. Se relaciona con la adquisición de conocimientos y con las experiencias que presenten modelos a partir de los cuales los estudiantes pueden reflexionar.

Existe un cambio en las actitudes de aquellos que aprenden, que es de forma gradual, pero significativa, en función de los contenidos aprendidos, experiencias vividas, acceso a recursos didácticos y la socialización de nuevos conceptos.

Aplicación de la Psicoeducación en Zona de Campeones

El principal objetivo de la psicoeducación, como bien lo dice el nombre, es educar a la familia o a los cuidadores de un paciente con algún trastorno mental, una discapacidad o alguna otra situación que produce estrés a los cuidadores. Sin embargo, este proyecto propone que la psicoeducación también puede ser aplicada para educar a maestros voluntarios, que, si bien, no pasan a diario tiempo con NNA con discapacidad, deben estar preparados para atenderlos de forma adecuada los fines de semana que los NNA y sus familias lo necesiten al visitar Fraternidad Cristiana de Guatemala.

El aplicar la psicoeducación en este contexto permitirá, no solo, el entendimiento de la dificultad que presenta los NNA con discapacidad desde un punto de vista teórico, sino también, que se producirá empatía y entendimiento, lo que permitirá aligerar la carga y la frustración, aunque sea por unas cuantas horas, de aquellos que deben encargarse de los NNA con discapacidad diario, como su familia o sus cuidadores, proporcionando así un ambiente inclusivo, seguro y confiable dentro de Zona de Campeones.

Fraternidad Cristiana de Guatemala se presenta a sí misma como “Una Iglesia Cristiana para la Familia”, por lo que se entiende que acepta todo tipo de familias, con o sin miembros con discapacidad o neurodivergentes, lo que es atractivo para muchas personas y familiares que cuidan de alguien con estas características. Por eso mismo, es necesaria la educación de los maestros voluntarios de Zona de Campeones y sus coordinadores en cuanto al tema de cómo cuidar, trabajar y servir a las personas neurodivergentes o con algún tipo de discapacidad que puedan visitar la iglesia, sean o no miembros constantes.

La psicoeducación, desde el punto de vista cognitivo-conductual y la aplicación de los contenidos conceptuales y actitudinales son importantes para cumplir con esa meta de inclusión:

La psicoeducación es el método por el cual se educará a los maestros voluntario sobre la discapacidad. La teoría que se presente al momento de los talleres construirá

contenidos conceptuales, los cuales fundamentarán el aprendizaje sobre discapacidad, de los maestros voluntarios. En cuanto a los contenidos actitudinales, el cambio se verá reflejado en el entendimiento, empatía, comprensión y actitud de los maestros voluntarios hacia la discapacidad y al momento de atender NNA con discapacidad que visiten la congregación.

1.03.01 Consideraciones éticas

Según França-Tarragó (2012) la ética o filosofía moral es definida como: “La disciplina filosófica que reflexiona de forma sistemática y metódica sobre el sentido, la validez y la rectitud de los actos humanos individuales y sociales, los cuales se llevan a cabo en todo momento del ser humano”.

En Guatemala, la práctica psicológica se rige por un código ético riguroso, presentado por el Colegio de Psicólogos de Guatemala y se enmarcan en cuatro principios generales:

- Principio I: Respeto por la dignidad de las Personas y de los Pueblos
- Principio II: Cuidado competente del bienestar de los otros
- Principio III: Integridad en las relaciones
- Principio IV: Responsabilidades Profesionales y Científicas con la sociedad

Como explica el Colegio de Psicólogos de Guatemala (2012) la comprensión e incorporación de estos principios son esenciales en la práctica profesional y el psicólogo tiene la obligación de familiarizarse con ellos, además de los lineamientos y las normas del código ético para los psicólogos en Guatemala. Además, desconocer este código, o su mala comprensión no es una defensa en caso haya alguna queja o reporte de mala práctica. El código ético se aplica a toda actividad desempeñada por el psicólogo como parte de sus funciones académicas, científicas y profesionales.

Además de los cuatro principios anteriormente mencionados, los profesionales de la salud mental en Guatemala también se rigen por los cuatro principios básicos de la bioética.

- Principio de Autonomía
- Principio de Beneficencia

- Principio de No-Maleficencia
- Principio de Justicia

El cumplimiento de estos principios generales, además de los particulares propuestos por el Colegio de Psicólogos de Guatemala aseguran una atención ética, consciente y consecuente para el beneficio de la sociedad guatemalteca.

El presente proyecto también se sustenta en las bases éticas aplicables a toda actividad desempeñada por el psicólogo, sea esta parte de sus funciones académicas, científicas o profesionales, según el Código de Psicólogos de Guatemala. Estas bases se dividen principalmente en cuatro principios:

Principio I: Respeto por la Dignidad de las Personas y de los Pueblos. La discapacidad es, según la OMS, un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales. Pero desde un punto de vista social, la discapacidad no es el hecho de poseer una deficiencia, sino en la situación social de marginación y desventaja, con continuas restricciones de participación, violación de derechos fundamentales y el condicionamiento del bienestar de la persona y, en muchos casos, de su familia. Por lo que, bajo este principio, este proyecto busca dignificar a los NNA con discapacidad con una atención eficiente, amable y confiable en durante el tiempo que se les atiende en Zona de Campeones.

Principio II: Cuidado Competente de los Otros. Como el mismo nombre lo dice, este proyecto ha sido pensado para que los NNA que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana, sean cuidados de forma competente por el grupo de maestros voluntarios que atienden domingo a domingo a los integrantes y visitantes de la congregación. Esto se logrará con la ayuda de la psicoeducación, la cual es una aproximación terapéutica que da inicio en la corriente cognitiva conductual, que detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de la discapacidad desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Principio III: Integridad de las Relaciones. Este proyecto será íntegro y transparente en todo momento, además de respetuoso con los participantes, sus puntos de vista y las dudas que puedan surgir a raíz de este trabajo. Además, los instrumentos, sus respuestas y el informe final será manejado de una forma responsable, salvaguardando la identidad de los participantes de una forma ética y segura.

Principio IV: Responsabilidades Profesionales y Científicas con la Sociedad. El presente proyecto busca cumplir con las responsabilidades profesionales que conlleva estudiar y ejercer la psicología. Por eso mismo, se busca crear un cambio tangible en la comunidad a la que este proyecto beneficiará.

La información proporcionada por los participantes de esta investigación será confidencial, por lo que se utilizarán varios métodos para la protección de los datos. Primeramente, la información se guardará en carpetas aseguradas con clave en la computadora personal de la investigadora, que también requiere clave para acceder al sistema. Además, se utilizará el servicio personal de la nube para hacer copias de seguridad de los instrumentos ya respondidos y se guardará en un USB personal con acceso restringido.

Capítulo II

2. Técnicas e Instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de la investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, por lo que fue “secuencial y probatorio” (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010, Pág. 4) para determinar las variables y obtener una mejor comprensión del fenómeno y así analizar las conclusiones respecto a la hipótesis, la cual es: “Los maestros voluntarios que reciben psicoeducación sobre discapacidad, adquieren capacidades conceptuales y actitudinales del tema.” Las variables dependientes son las capacidades conceptuales y actitudinales, mientras la variable independiente es psicoeducación.

En cuanto a la hipótesis, esta plantea que: “Los maestros voluntarios que reciben psicoeducación sobre discapacidad, adquieren capacidades conceptuales y actitudinales del tema.” Las variables dependientes son las capacidades conceptuales y actitudinales, mientras la variable independiente es psicoeducación.

En lo que respecta al modelo de investigación, se utilizó un diseño de alcance descriptivo (Sampieri et.al 2010, Pág. 80), para describir las tendencias del grupo o población.

2.02 Técnicas

2.02.01 Técnicas de muestreo

La muestra fue “no probabilística” (Sampieri et.al, 2010, Pág.176) pues se les escogió por su relación a las características de la investigación. Por ello, la muestra no probabilística estuvo conformada por los 35 coordinadores de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, quienes son voluntarios de Zona de Campeones de la Fraternidad Cristiana de Guatemala, sedes San Cristóbal y Roosevelt.

2.02.02 Técnicas de recolección de datos

- **La Observación:** esta técnica se utilizó para observar, acumular e interpretar los comportamientos al momento de proponer la investigación y el trabajo de campo a los participantes. Permitió obtener información sobre el conocimiento que tenían los voluntarios en cuanto a la discapacidad y sus formas de actuar en situaciones que requieren atención a NNA con discapacidad.
- **Cuestionario:** es una forma ordenada de estructuración de entrevistas que garantizan que se plantean las mismas preguntas con el mismo orden a las personas encuestadas. Debido a la situación coyuntural provocada por el virus COVID-19 y las restricciones impuestas, este instrumento se aplicó por medio de la plataforma Google Forms en diferentes fechas, tras la aceptación y consentimiento de los participantes a formar parte de la investigación.
- **Escala de medición tipo Likert:** consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Presenta cada afirmación y se solicita al participante que indique su reacción eligiendo uno de cinco puntos o categorías. Posteriormente, a cada punto se le asigna un valor numérico para obtener una puntuación en relación con las afirmaciones. Debido a la situación coyuntural provocada por el virus COVID-19 y las restricciones impuestas, este instrumento se aplicó por medio de la plataforma Google Forms en diferentes fechas, tras la aceptación y consentimiento de los participantes a formar parte de la investigación.

2.02.03 Técnicas de análisis de datos

Una vez recopilada la información y las respuestas, se utilizó las herramientas proporcionadas por Google Forms y Excel para ordenamiento, clasificación y tabulación de los datos. Además, se utilizaron:

- **Estadística descriptiva:** permitió la clasificación de forma estadística y gráfica de los datos obtenidos por los instrumentos, lo que permitió su comprensión y explicación de forma ordenada y entendible.
- **Gráfica de barras:** se utilizó para representar la información de datos con escala nominal y ordinal. Cada barra representa la frecuencia de la categoría y la altura de la barra es proporcional al número de elementos en esa categoría.
- La información proporcionada por los participantes de esta investigación fue confidencial y de la misma forma el análisis de esta se guardó en carpetas aseguradas con clave en la computadora personal de la investigadora, además del servicio personal de la nube para hacer copias de seguridad de los instrumentos ya respondidos. También se guardó la información en una memoria USB personal y con clave de acceso.

2.03 Instrumentos

- **Diario de Campo:** este instrumento fue utilizado para registrar los hechos presentados durante la presentación del proyecto, tanto a la encargada de la institución como a los voluntarios de Fraternidad Cristiana de Guatemala. Permitted tener un primer vistazo a la intención e interés de los participantes en el tema que se investigó.
- **Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad:** Escala tipo Likert que contó con 12 ítems divididos en las tres categorías que se buscaban estudiar: la

discapacidad, las capacidades conceptuales y las capacidades actitudinales. Para la medición de los resultados se agruparon las respuestas para la obtención de porcentajes y así adquirir una lectura general del conocimiento sobre discapacidad y las capacidades conceptuales y actitudinales de los voluntarios. Esta escala fue aplicada por medio del servicio de Google Forms, para cumplir con las medidas de distanciamiento y seguridad social para evitar el contagio por el virus COVID-19.

- **Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad:** este instrumento es un cuestionario cerrado de 12 ítems dividido según las tres categorías o variables a estudiar: la discapacidad, las capacidades conceptuales y las capacidades actitudinales. Los resultados fueron medidos por medio de la sumatoria de los puntos y agrupando las respuestas para la obtención de porcentajes y así tener una lectura general del conocimiento sobre discapacidad y las capacidades conceptuales y actitudinales de los participantes de la investigación. Esta escala fue aplicada por medio del servicio de Google Forms, para cumplir con las medidas de distanciamiento y seguridad social para evitar el contagio por el virus COVID-19.
- Estos instrumentos fueron utilizados de forma responsable y confidencial. Los participantes no proporcionaron datos más allá de dos de sus iniciales (un nombre y un apellido) para evitar deshonestidad al momento de realizar la prueba por miedo a repercusiones y los instrumentos aplicados se guardaron en carpetas aseguradas con clave en la computadora personal de la investigadora, que también requiere clave para acceder al sistema, en un servicio personal de la nube para hacer copias de seguridad de los instrumentos y en un USB personal con acceso restringido.

2.04 Operacionalización de los objetivos

Hipótesis	Definición Conceptual de la variable o categoría	Definición operativa de la variable o categoría/ Indicadores	Técnicas/Instrumentos
<p>La psicoeducación es una estrategia efectiva para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala.</p>	<p><u>Discapacidad:</u> Desventaja o limitación de actividad causada por una organización social contemporánea que tiene en escasa o en ninguna consideración a las personas con insuficiencias físicas y, por lo tanto, las excluye de la participación en las actividades sociales generales.</p>	<p><u>Discapacidad:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Discapacidad Intelectual 2- Discapacidad Auditiva 3- Discapacidad Visual 4- Discapacidad Física 5- Autismo 6- Síndrome de Down 	<p>Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad:</p> <p>Rizzo, C. (2020)</p> <p>Escala tipo Likert que cuenta con 12 ítems divididos en tres categorías o variables, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable de Discapacidad • Variable de Capacidades Conceptuales • Variable de Capacidades Actitudinales
<p>Objetivo general:</p> <p>Comprobar la efectividad de la psicoeducación para generar capacidades conceptuales y actitudinales en maestros voluntarios que atienden niños, niñas y adolescentes con discapacidad que asisten a Zona de Campeones de Fraternidad Cristiana de Guatemala.</p>	<p><u>Capacidades Conceptuales:</u> Recogen los hechos conceptuales y los principios. Además, suponen relaciones de atributo, subordinación, coordinación, causalidad de naturaleza descriptivo-explicativa y de naturaleza prescriptiva. Los tipos de estructuras de estos contenidos son principios, teorías o modelos explicativos, taxonomías y matrices, sistemas de clasificación, listas, colección ordenada, etc.</p>	<p><u>Capacidades Conceptuales:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptos 2. Saber 	<p>La medición de los resultados será de forma de intervalo, siendo 50 puntos lo más favorable y 12 puntos lo menos favorable al momento de calificar la prueba.</p>
<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las capacidades conceptuales en el tema de discapacidad antes y después de la implementación de talleres psicoeducativos. • Identificar las capacidades 	<p><u>Capacidades Actitudinales:</u> Son aquellos que señalan los valores, las normas y las actitudes. Suponen relaciones de respeto a sí mismo, a los demás y al medio, además de sensibilidad y madurez.</p>	<p><u>Capacidades Actitudinales:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Valores 2- Normas 3- Actitudes 4- Conocimientos 5- Experiencias 6- Suponen relaciones de respeto a sí 	<p>Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.</p> <p>Rizzo, C. (2020)</p> <p>Es un cuestionario cerrado de 12 ítems que pueden clasificarse según las tres categorías o variables a estudiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable de Discapacidad • Variable de

<p>actitudinales en el tema de discapacidad antes y después de la implementación de talleres psicoeducativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar talleres de psicoeducación sobre discapacidad. 		<p>mismo, a los demás y al medio, además de sensibilidad y madurez</p>	<p>Capacidades Conceptuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable de Capacidades Actitudinales <p>La medición de los resultados será por medio de la sumatoria de los puntos, siendo 24 puntos lo más favorable y 12 puntos lo menos favorable.</p>
			<p>Observación</p>
			<p>Diario de Campo</p>

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra.

Características del lugar

Fraternidad Cristiana de Guatemala tiene dos ubicaciones en la ciudad de Guatemala.

La primera se encuentra en el kilómetro 13.5 Calzada Roosevelt 8-25 zona 3 de Mixco, Colonia Cotio. Esta sede se encuentra en un área popular y bastante transitada, colindando al frente del terreno con la Calzada Roosevelt, detrás con la Calzada Mateo Flores, al lado derecho de la misma se encuentra la Cervecería Centroamericana y al lado izquierdo, el Centro Comercial Madero Roosevelt. Cerca se encuentran las colonias El Tesoro, Nueva Monserrat, Lomas del Rodeo, Del Periodista y la Urbanización González. Es de fácil acceso por medio de transporte público y privado. Frater Roosevelt cuenta con un amplio parqueo y seguridad privada.

La segunda sede se encuentra en la 1ra Calle 18-81, sector B1, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal y también se encuentra en un área de fácil acceso. El terreno colinda con la Residencia La Salle, la Carretera del bulevar principal de Ciudad San Cristóbal y Futeca San Cristóbal. Cerca también se encuentran el área residencial B1 y varios complejos comerciales y restaurantes de comida rápida. Esta ubicación también cuenta con amplio parqueo y, adicional, una torre de estacionamiento y seguridad privada.

Ambos edificios están contruidos con el propósito de funcionar como colegio de lunes a viernes y como Iglesia los fines de semana. Cuentan con varios baños, tanto en el área designada para el culto como en el área de cuidado de niños, aulas amuebladas, espacios de recreación, canchas deportivas, una cafetería en cada sede para la venta y consumo de alimentos, librerías cristianas y salones especiales para reuniones privadas. La sede de San Cristóbal tiene también una agencia del banco BANRURAL.

En cuanto a infraestructura ambas sedes cuentan con parqueos destinados para personas con discapacidad física, ascensores en el área de cafetería, corredores amplios para el uso de silla de ruedas y rampas de acceso para los auditorios principales.

Frater Ciudad San Cristóbal cuenta con rampas para acceder del primer al tercer piso en los edificios donde están las clases, mientras que la sede de Roosevelt solamente tiene gradas.

Características de la Muestra

La muestra se obtuvo de forma no probabilística, contando con la participación de 35 adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, 31 de sexo femenino y 9 de sexo masculino, todos voluntarios de Fraternidad Cristiana de Guatemala, en el área de Zona de Campeones. Los participantes forman parte de la clase media-baja y media, y son de origen étnico ladino.

Los participantes se mostraron abiertos a ser parte de la investigación y dar sus puntos de vista, opiniones, conocimientos sobre el tema y sus experiencias trabajando con niños con discapacidad durante su tiempo de culto en la iglesia Fraternidad Cristiana de Guatemala.

3.02 Presentación de Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante la investigación por medio de gráficas.

La primera sección comprende el instrumento llamado *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*, el cual es una escala tipo Likert que cuenta con 12 ítems divididos en tres categorías o variables y sirve para evaluar el conocimiento que los participantes tienen en cuanto a las definiciones, actitudes y conceptos que afectan su trato y su atención hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad.

La primera variable es la de *discapacidad* que comprende la figura 1 a la 3, y evalúa la comprensión general de los participantes sobre el término discapacidad. La segunda variable es de *capacidades conceptuales* desde la figura 4 a la 7, evalúa el conocimiento conceptual o teórico de los participantes en cuanto al tema discapacidad. Y, por último, las

figuras 8 a la 12 evalúan la variable de *capacidades actitudinales*, es decir la forma en que las personas se comportan ante la discapacidad y los retos que esta conlleva.

La segunda sección comprende las respuestas del instrumento *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*. Este es un cuestionario de 12 ítems que igualmente se divide en tres variables o categorías que servirán para evaluar las creencias y las actitudes de los participantes en cuanto al trato y atención a NNA con discapacidad.

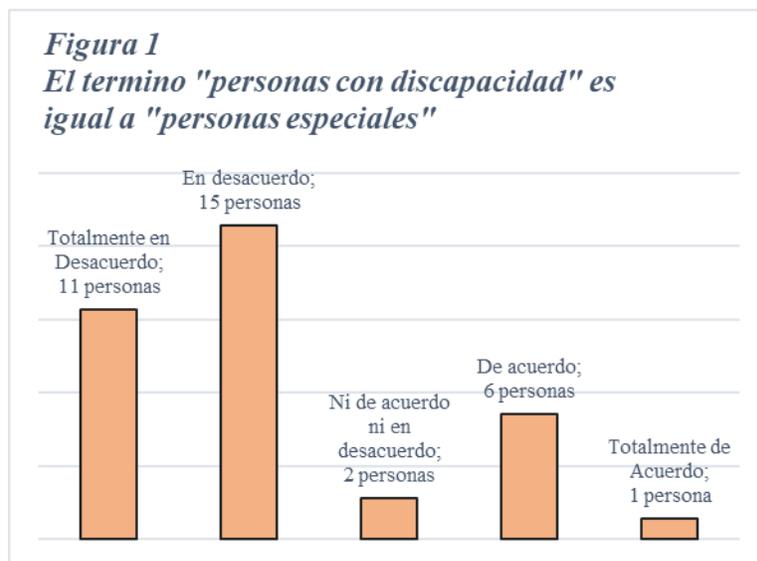
Las respuestas de la variable de *discapacidad* son reflejadas en la figura 13, mientras que la variable de *capacidades conceptuales* en la figura 14. Por último, las respuestas a la variable de las *capacidades actitudinales* se observan en la figura 15.

Las figuras 16, 17 y 18 presentan la sumatoria de las respuestas obtenidas de parte de los participantes para una idea general del porcentaje de comprensión, conocimiento y presentación de las diferentes variables estudiadas.

La figura 16 presenta los resultados bajo las categorías *comprende* y *no comprende*, para mostrar la cantidad de respuestas de los participantes que comprenden o no la variable de discapacidad. Por otro lado, las figuras 17 y 18 muestran los resultados en las categorías de *presenta* o *no presenta* capacidades conceptuales y actitudinales respectivamente, y de esta manera dar a conocer el porcentaje total de los participantes que poseen capacidades conceptuales, actitudinales y comprensión básica sobre la discapacidad.

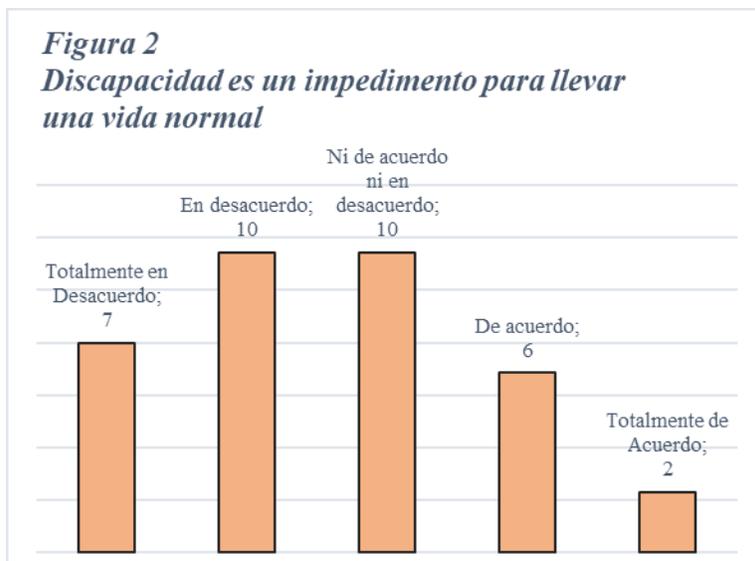
Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad

Variable de Discapacidad



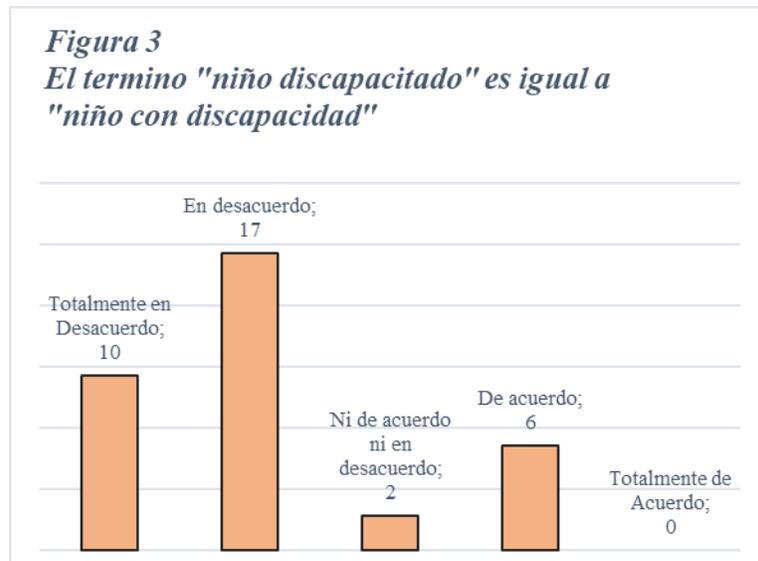
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

En base a las respuestas obtenidas de los 35 participantes de este estudio, se identifica que referente a las capacidades conceptuales, en cuanto a la afirmación dada en el ítem, 26 (74.3%) identifican de forma correcta que el término *personas con discapacidad* no es igual a *personas especiales* ya que sus respuestas expresan que están *en desacuerdo*, lo que indica que tienen un conocimiento previo sobre el tema. Por otro lado, 7 (20%) indicaron estar *de acuerdo* y *completamente de acuerdo* y consideran que los términos significan lo mismo, lo cual puede ser problemático para la atención de niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad, ya que *personas especiales* es un término no utilizado por las personas con discapacidad. Por último, solamente 2 (5.7%) identifican que no están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* en que el término *personas con discapacidad* sea igual a *personas especiales*.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

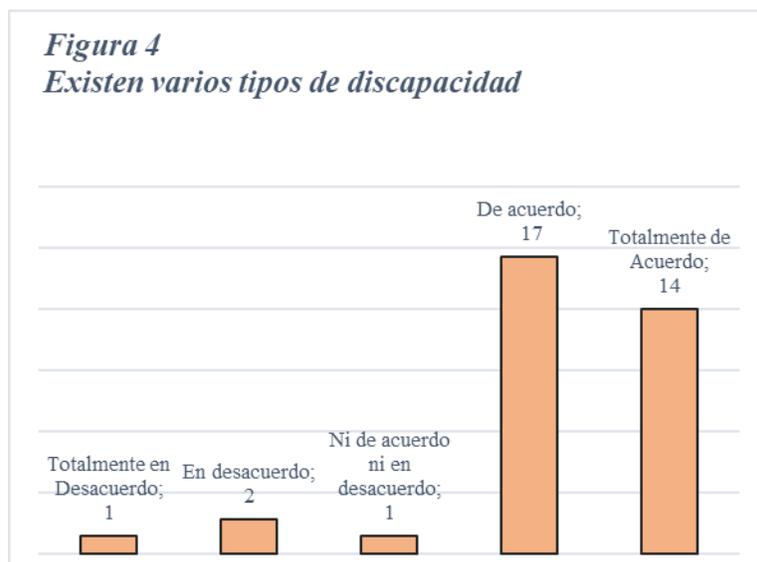
Tomando como referencia las respuestas obtenidas de los 35 participantes en la investigación, 17 (48.6%) entienden correctamente que la discapacidad no es un impedimento para llevar una vida normal. Por otro lado, 8 (22.8%) entienden incorrectamente la discapacidad como un impedimento para llevar una vida normal, lo que señala poca comprensión sobre lo que es discapacidad. Por último, 10 (28.60%) se abstuvieron de dar una respuesta concreta al escoger la opción de *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, lo cual es un indicativo de poca información sobre lo que es la discapacidad.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

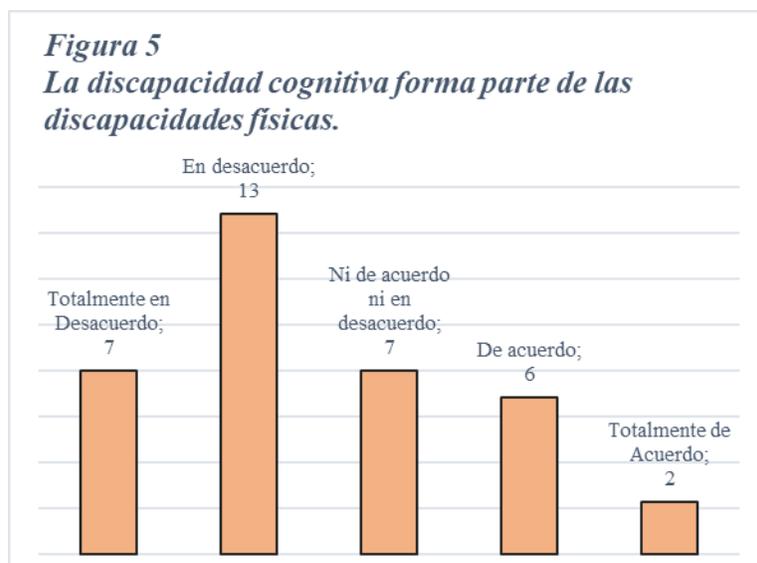
De acuerdo a la gráfica presentada en la figura 3, tomando como referencia las respuestas de los 35 participantes, 27 (77.22%) identifican que el término *niño discapacitado* no es igual a *niño con discapacidad* y comprenden que, aunque parezca insignificante, el énfasis de las palabras juega un papel importante en la dignificación del NNA con discapacidad. Por el contrario, 6 (17.1%) identifican que el término *niño discapacitado* es igual a *niño con discapacidad* por lo que muestra poca educación en cuanto a la discapacidad. Por último, 2 (5.7%) no están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* en que los terminos anteriormente mencionados signifiquen lo mismo.

Variable de Capacidades Conceptuales



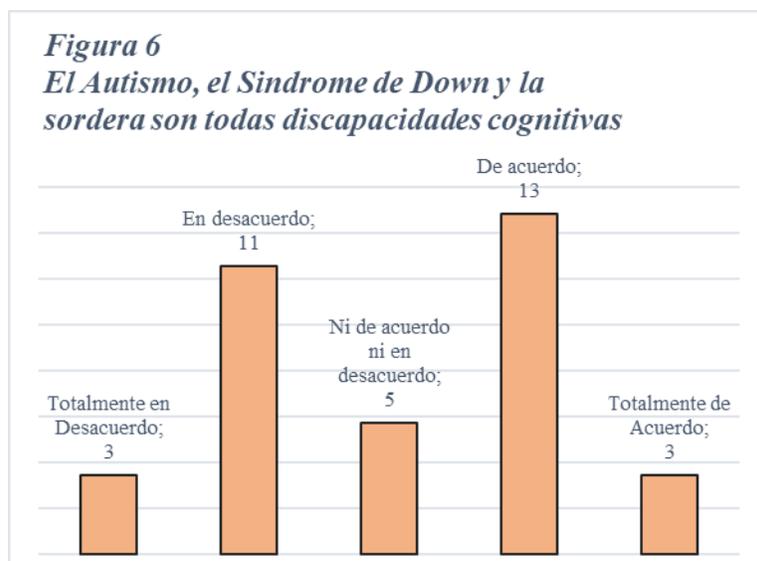
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

De acuerdo a la gráfica presentada en la figura 4 y por las respuestas obtenidas de los 35 participantes, 31 de ellos (88.6%) identifican correctamente que existen varios tipos de discapacidad, a través de la selección de las respuestas *de acuerdo* y *totalmente de acuerdo*, lo que indica conocimiento previo sobre discapacidad. Por otro lado, 3 (8.6%) identifican incorrectamente que no existen varios tipos de discapacidad al seleccionar que están *en desacuerdo* o *totalmente en desacuerdo*, lo que es indicativo de poca educación en discapacidad. Por último, 1 participante (2.90%) identifica que no está *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* con que existen varios tipos de discapacidad, lo cual indica poca claridad en su entendimiento sobre el tema.



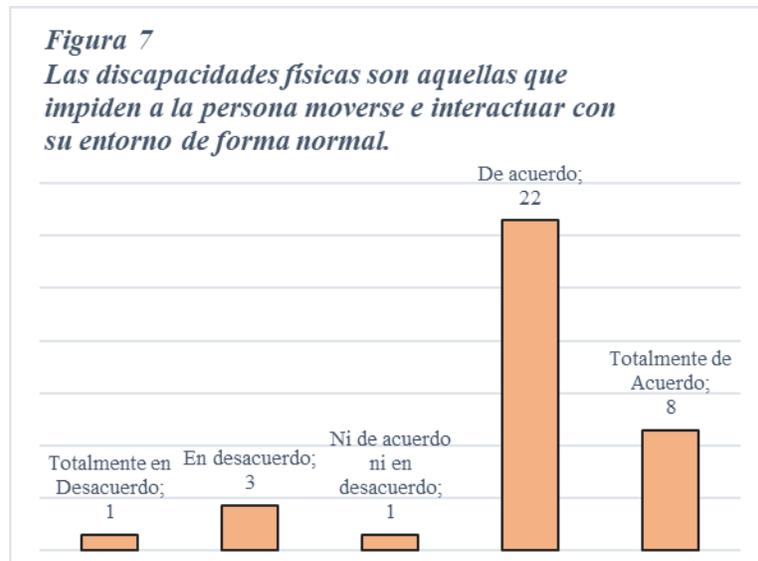
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

En base a las respuestas obtenidas, 20 participantes (57.1%) señalan correctamente que la discapacidad cognitiva no forma parte de las discapacidades físicas al indicar que están *en desacuerdo* y *totalmente en desacuerdo*, lo que denota un conocimiento previo y general sobre discapacidad. Por otra parte, 8 (22.8%) señalan de forma incorrecta que la discapacidad cognitiva forma parte de las discapacidades físicas al indicar sus respuestas con las opciones *de acuerdo* y *totalmente de acuerdo*, lo que indica poca educación y entendimiento sobre discapacidad y las diferencias entre los términos cognitivo y físico. Por último, 7 (20%) están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* con que la discapacidad cognitiva forma parte de las discapacidades físicas, lo cual también es indicativo de poco entendimiento sobre el tema.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

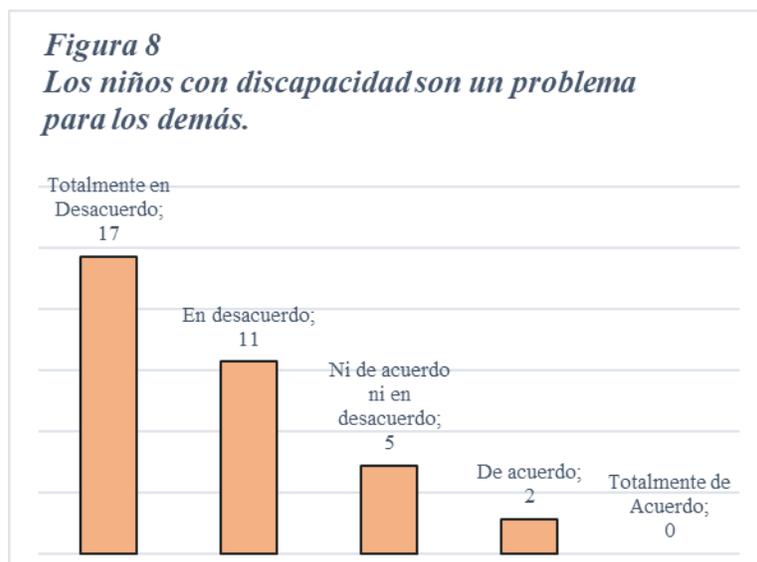
La figura 6 muestra por medio de la gráfica, que 14 de los 35 participantes (40%) reflejan que comprenden correctamente que el Autismo, el Síndrome de Down y la sordera no son discapacidades cognitivas al indicar que están *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo*, por lo que comprenden y tienen conocimiento sobre los tipos de discapacidad que existen. Sin embargo, 16 participantes (45.7%) comprenden incorrectamente que las discapacidades y espectros anteriormente mencionados son lo mismo, cuando en realidad, la sordera es una discapacidad física. Por último, 5 (14.3%) expresan estar *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, por lo que muestran poca comprensión del tema y los tipos de discapacidad existentes.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

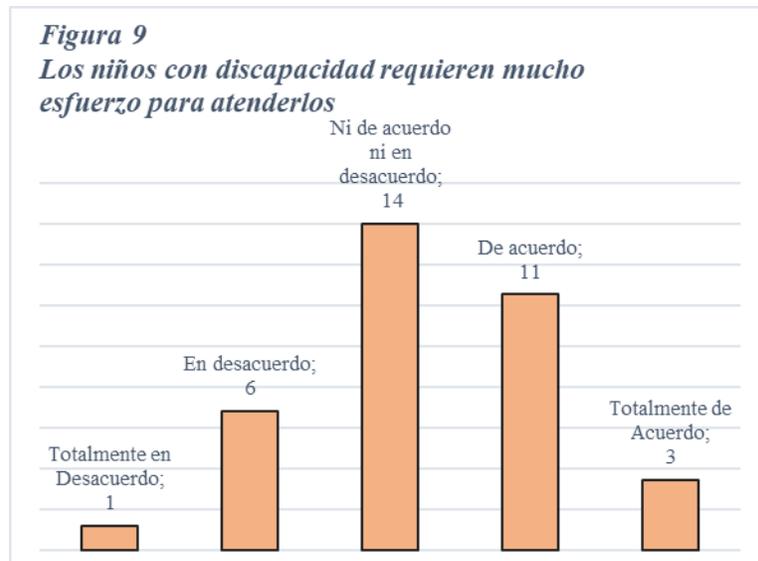
De acuerdo a la gráfica presentada en la figura 7 y por las respuestas obtenidas de los 35 participantes, 30 de ellos (85.8%) identifican correctamente, por medio de la selección de las respuestas *de acuerdo*” y *totalmente de acuerdo*, que las discapacidades físicas son aquellas que impiden a la persona moverse e interactuar con su entorno normal, lo cual es indicativo de conocimiento previo sobre discapacidad. Por otro lado, 4 (11.5%) identifican incorrectamente que las discapacidades anteriormente mencionadas no son aquellas que impiden a la persona moverse e interactuar con su entorno normal por medio de la selección de las respuestas *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo*. Esto indica poca educación en cuanto al tema y poca comprensión de las dificultades que se presentan al tener una discapacidad física. Por último 1 participante (2.90%) identifica que no está *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* con lo planteado en el ítem, y muestra su poco interés en el tema.

Variable de Capacidades Actitudinales



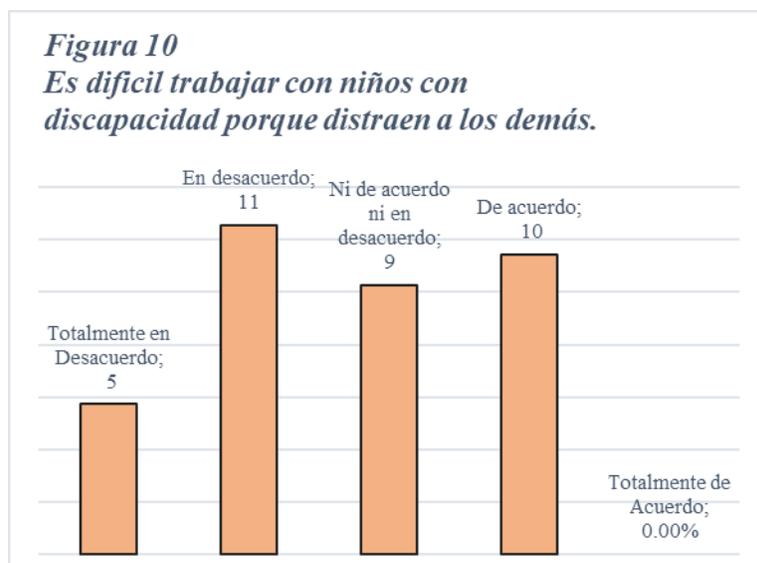
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

Tomando como referencia las respuestas obtenidas, 28 participantes (80%) indican que los niños con discapacidad no son un problema para los demás, al responder que están *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo* con lo establecido en el ítem. Esta respuesta muestra una capacidad actitudinal positiva hacia la discapacidad y capacidad de atender y tratar de forma correcta a los NNA con discapacidad. Por otro lado, 2 (5.70%) indican que consideran que los NNA con discapacidad son un problema para los demás por sus necesidades de cuidado y atención. Por último, 5 (14.30%) se abstuvieron de dar una respuesta concreta al escoger la opción de *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*. Estos dos últimos grupos denotan poca comprensión sobre el tema de discapacidad e indican poca capacidad actitudinal para dar un trato dignificante al momento de atender a NNA con discapacidad.



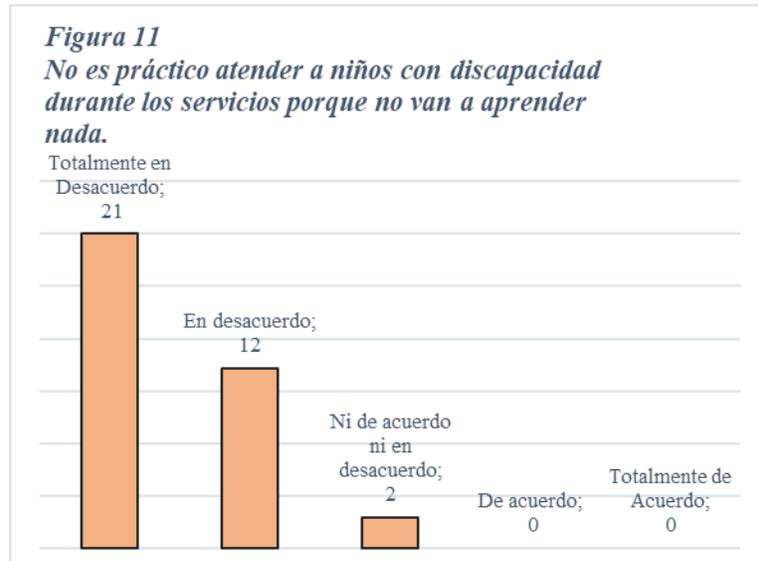
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

En base a las respuestas obtenidas de los 35 participantes se identifica que las capacidades actitudinales, en cuanto a que los niños con discapacidad requieren mucho esfuerzo para atenderlos: 7 (20%) indican que están *completamente en desacuerdo* y *en desacuerdo*, expresando que tienen una mayor apertura a atender NNA con discapacidad de forma digna y correcta. Por otro lado, 14 participantes (40%) indicaron que no están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*. Por último, 14 participantes (40%) identifican que están *de acuerdo* y *completamente de acuerdo*. Los resultados expresados por estos dos últimos grupos, exponen la existencia de un estigma al encontrar NNA con discapacidad como problemáticos o que requieren mayor esfuerzo para atender, denotando falta de conocimiento sobre discapacidad y cómo atender NNA con discapacidad.



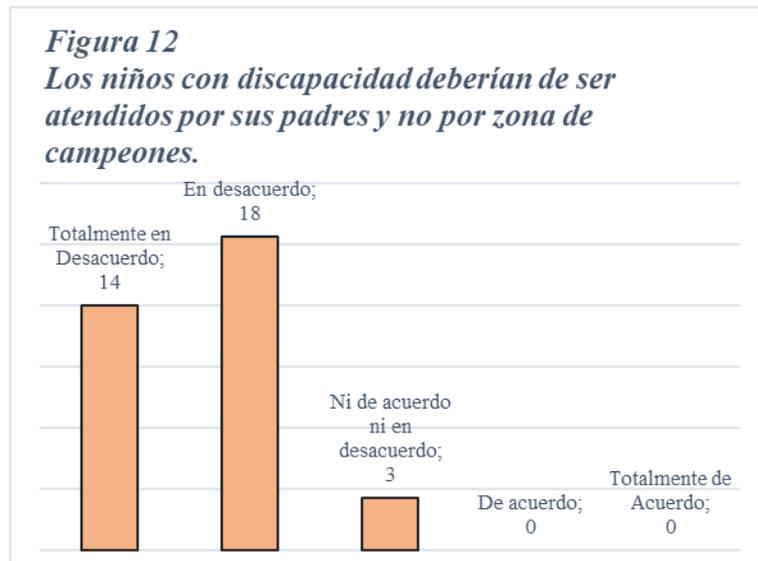
Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

La figura 10 nos muestra por medio de la gráfica que las respuestas de los 35 participantes reflejan que 16 de ellos (45.7%) indican por medio de su capacidad actitudinal que comprenden que no es difícil trabajar con los NNA con discapacidad porque no distraen a los demás, expresando que están *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo*; mostrando comprensión y conocimiento sobre la atención a NNA con discapacidad y los verdaderos retos que esto presenta. Sin embargo, 10 (28.6%) indican que para ellos, es difícil trabajar con los NNA con discapacidad porque distraen a los demás indicando que están *de acuerdo* con lo presentado en el ítem, mostrando poca experiencia atendiendo NNA con discapacidad y estigmas. Por último, 9 participantes (25.7%) indican estar *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* con lo establecido en el ítem, por lo que muestra poca comprensión y experiencia con la atención de NNA con discapacidad.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

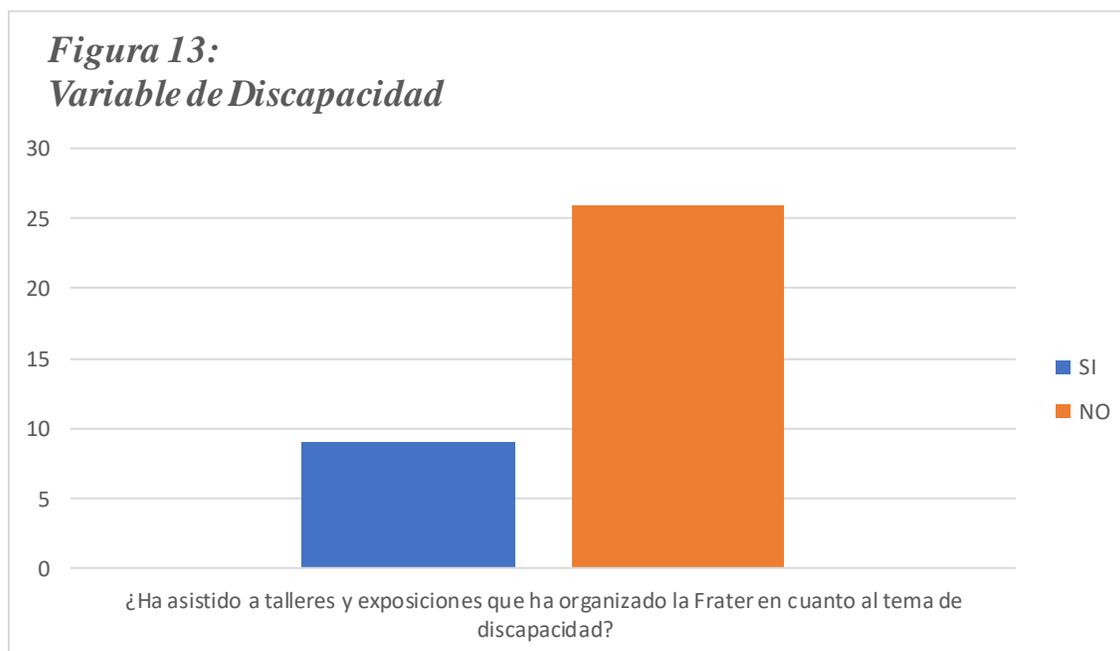
De acuerdo a la gráfica presentada en la figura 11 y por las respuestas obtenidas de los 35 participantes, 33 de ellos (94.3%) expresan su *total desacuerdo y desacuerdo* acerca de la opinión que expone que no es práctico atender a NNA con discapacidad durante los cultos porque no van a aprender nada, mostrando una clara comprensión sobre las necesidad de espacios de atención de NNA en la iglesia Fraternidad Cristiana de Guatemala. Por otro lado, 2 participantes (5.7%) indican que no están *ni de acuerdo, ni en desacuerdo* en lo establecido por el ítem, mostrando un bajo nivel de conocimiento en cuanto a las necesidades de los NNA y la atención que requieren en la iglesia.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad*

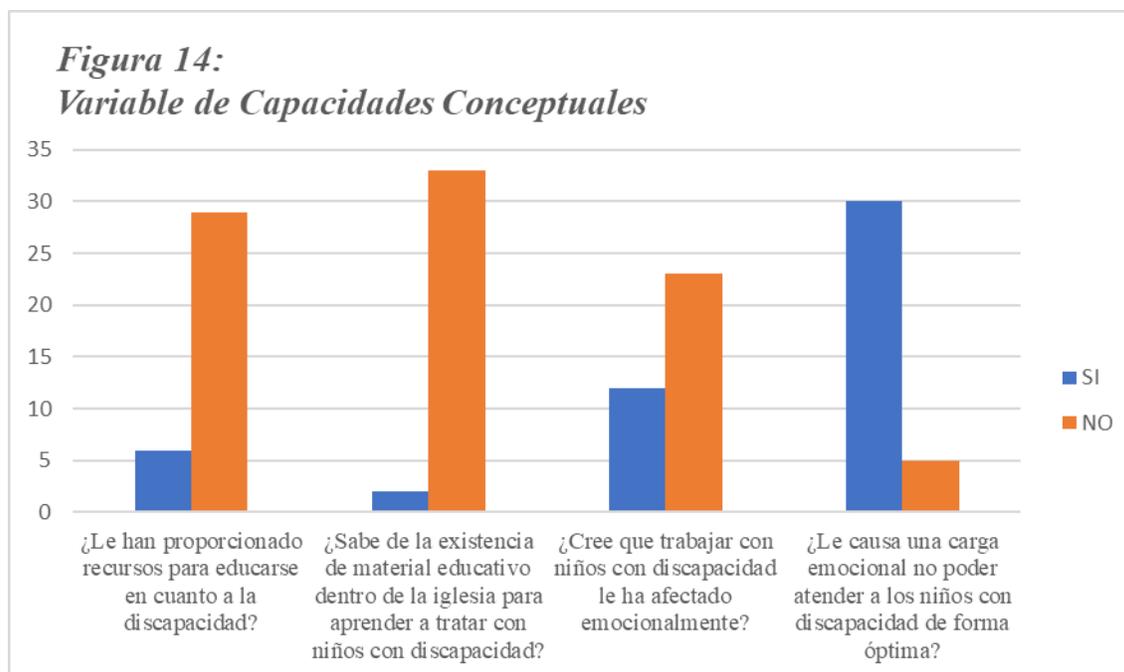
En base a las respuestas obtenidas de los 35 participantes, 32 (91.4%) indican que están *totalmente en desacuerdo* y *en desacuerdo* con la afirmación presentada en el ítem, mostrando una adecuada comprensión y capacidad actitudinal ante la necesidad social y espiritual de los NNA con discapacidad y sus familias de tener un espacio cómodo y acogedor para su atención. Por otro lado, 3 (8.6%) indican que no están *ni de acuerdo ni en desacuerdo* sobre quien debe atender a los NNA con discapacidad durante el tiempo de culto, exponiendo poca comprensión de las necesidades espirituales y sociales de las familias y los NNA con discapacidad.

Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad



Fuente: respuestas recopiladas por el instrumento *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

En base a las respuestas obtenidas de los 35 participantes, 9 de ellos (25.7%) comentan que han asistido a talleres y exposiciones realizadas por Fraternidad Cristiana de Guatemala para tratar el tema de la discapacidad, indicando interés personal de aprender más sobre la discapacidad y así mejorar su atención a los NNA con discapacidad que atienden en Zona de Campeones durante el tiempo del culto. Por otro lado, 26 participantes (74.3%) comentan que no han asistido a ese tipo de talleres y exposiciones, indicando de poco interés personal sobre el tema de la discapacidad, pues estos talleres son gratuitos y abiertos al público.



Fuente: respuestas recopiladas por el instrumento *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

La primera gráfica representada en la figura 14 muestra que 6 participantes (17.1%) indican que se les ha proporcionado recursos para educarse sobre discapacidad, sin embargo, 29 (82.9%), es decir, la gran mayoría, indican que no se les ha proporcionado recursos para educarse sobre la discapacidad.

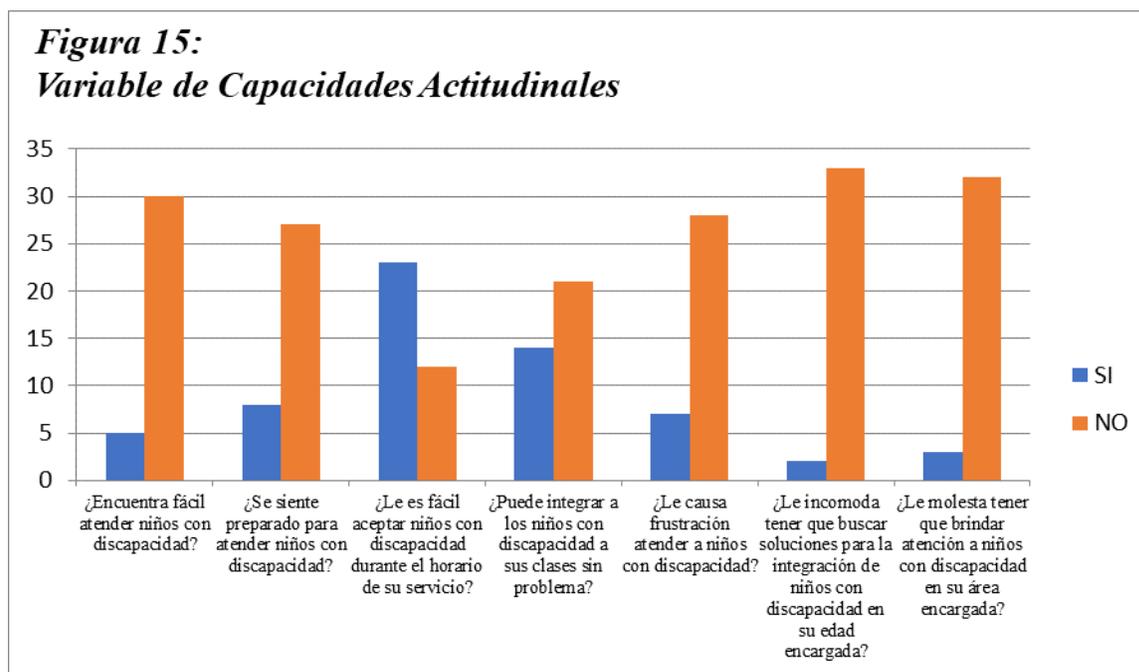
Esto se relaciona directamente con la segunda gráfica, la cual muestra que solamente 2 participantes (5.7%) indican que si saben de la existencia de material educativo sobre discapacidad dentro de Fraternidad Cristiana de Guatemala, mientras que 33 (94.3%) exponen que no saben si existe material educativo sobre discapacidad en la iglesia.

El resultado de las gráficas muestran que los maestros de Zona de Campeones tienen voluntad para atender a NNA con discapacidad de forma igualitaria e inclusiva, pero eso no indica que haya una preparación teórica o práctica. A eso se suma que la mayoría de maestros no conoce de la existencia de material educativo sobre discapacidad, al cual ellos pueden acceder.

Por otro lado, la tercera gráfica de la figura 14 refleja que 12 participantes (34.3%) indican que trabajar con NNA con discapacidad en Zona de Campeones les ha afectado emocionalmente, mientras que el resto (65.7%) exponen que no les ha afectado.

Por último, 30 participantes (85.7%) expresan que les causa una carga emocional no poder atender a los NNA con discapacidad que llegan a Zona de Campeones de forma óptima, mientras 5 (14.3%) indican que no les causa ninguna carga emocional.

La mayoría de participantes expresan que no les afecta emocionalmente atender a NNA con discapacidad en Zona de Campeones, pero si les causa una carga emocional el no poder hacerlo bien. Esto indica que comprenden las deficiencias que presenta Fraternidad Cristiana de Guatemala en cuanto a las facilidades de inclusión de NNA con discapacidad a las clases de escuela dominical y los problemas que esto conlleva, además de indicar responsabilidad emocional sobre el tema.



Fuente: Respuestas recopiladas por el instrumento *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

De acuerdo a la primera gráfica presentada en la figura 15, tomando como referencia las respuestas de los 35 participantes, se observa que 30 (85.7%) comentan que para ellos no es fácil la atención a niños con discapacidad. Por el contrario, 5 (14.3%) encuentran fácil atender niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad.

En cuanto a la segunda gráfica, solamente 8 (22.9%) indicaron que se sienten preparados para atender a NNA con discapacidad, mientras que 27 participantes (77.1%) expresaron que no se sienten preparados para esa responsabilidad.

Las respuestas reflejan que la poca preparación que existe de parte de Fraternidad Cristiana de Guatemala en materia de discapacidad complica la aceptación y atención adecuada de los NNA con discapacidad y puede llevar a sentimientos de inadecuación y frustración.

También se identifica que 23 participantes (65.7%) expresan que para ellos es fácil aceptar NNA con discapacidad durante el horario del culto, mientras que 12 indicaron lo contrario.

Por otro lado, 14 participantes (40%) expresan que pueden integrar NNA con discapacidad a sus clases en Zona de Campeones sin problema, pero 21 (60%) expresan que no pueden hacerlo tan fácilmente como sus compañeros.

Las respuestas obtenidas indican disposición de parte de los voluntarios para atender a NNA con discapacidad, pero poca experiencia por parte de varios maestros, provocando frustración e incomodidad por no saber hacerlo adecuadamente, debido a la poca preparación y socialización de recursos en cuanto al tema de discapacidad e inclusión efectiva, lo cual se mostrará en la figura 16 más adelante.

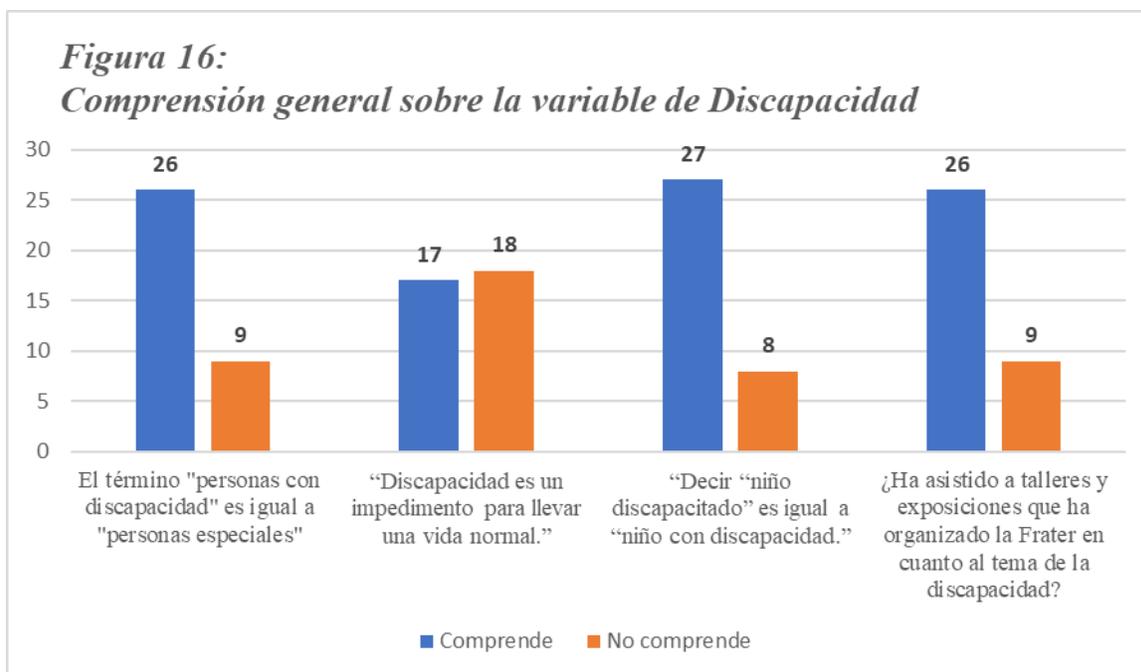
Como reflejo de lo anteriormente establecido, la sexta gráfica de barras expone que 6 participantes (17.1%) indican que se les ha proporcionado recursos para educarse sobre discapacidad, sin embargo, 29 (82.9%), es decir, la gran mayoría, expresan que no se les han proporcionado recursos para educarse sobre el tema.

La séptima gráfica muestra que 28 participantes (80%) expresan que no les causa frustración atender a NNA con discapacidad durante el tiempo de servicio en Zona de Campeones durante el culto de Fraternidad Cristiana de Guatemala sin embargo, 7 (20%) indican que si es motivo de frustración para ellos el atender NNA con discapacidad durante su tiempo de servicio.

Por otro lado, 33 participantes (94.3%) expresan que no les incomoda tener que buscar soluciones para una integración adecuada de NNA con discapacidad en sus clases de Zona de Campeones y solamente 2 personas indicaron que sí sienten incomodidad al tener que buscar soluciones para la integración de NNA con discapacidad.

Por último, 32 participantes (91.4%) expresan que no les molesta brindar atención a NNA con discapacidad en su área encargada en Zona de Campeones y, 3 participantes expresan que si es molestia para ellos el brindar atención NNA con discapacidad.

Estas últimas gráficas presentadas en la figura 15 indican que existe, en gran parte de los maestros de Zona de Campeones, interés e intencionalidad para atender e integrar a NNA con discapacidad que son parte de la iglesia, aún cuando no se sabe como hacerlo de forma correcta o teórica, para cumplir con sus necesidades sociales y espirituales. La resistencia o molestia mostrada por algunos maestros puede deberse a la poca preparación que existe en cuanto a materia de discapacidad e inclusión en Fraternidad Cristiana de Guatemala.

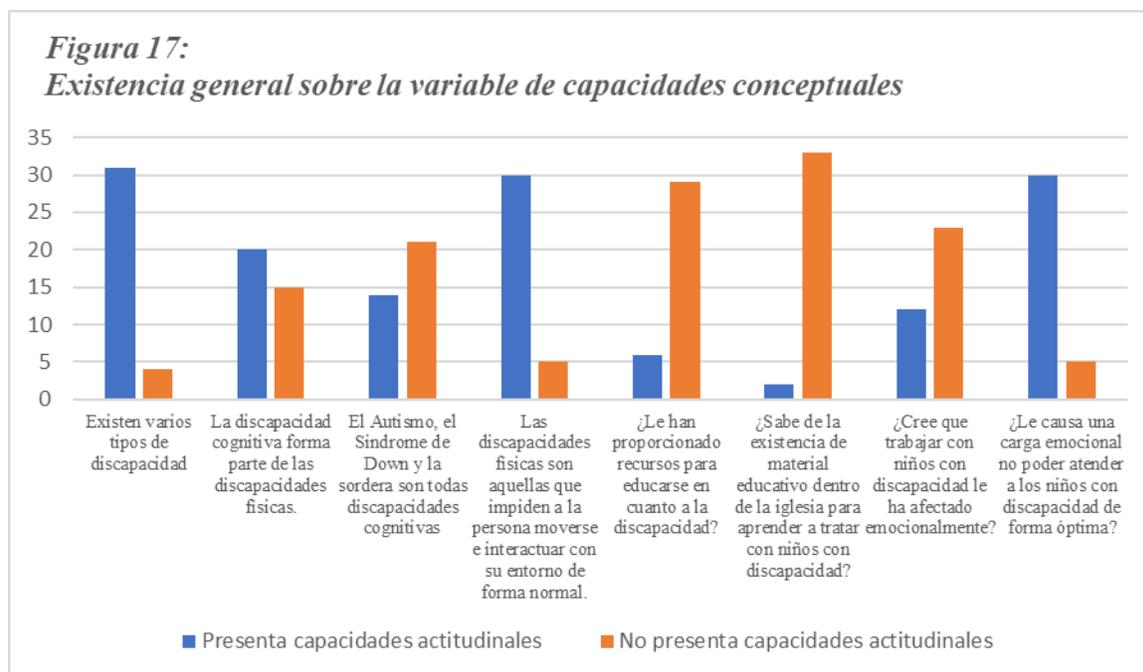


Fuente: Respuestas recopiladas por los instrumentos *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad* y *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

La figura 16 esta conformada por las gráficas de los ítems de los instrumentos utilizados en la investigación que buscaban información y conocimiento sobre la variable de discapacidad.

Estas gráficas estan conformadas por los ítem 1, 2 y 3 de la Escala para el conocimiento y de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad; y la pregunta número 7 del cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.

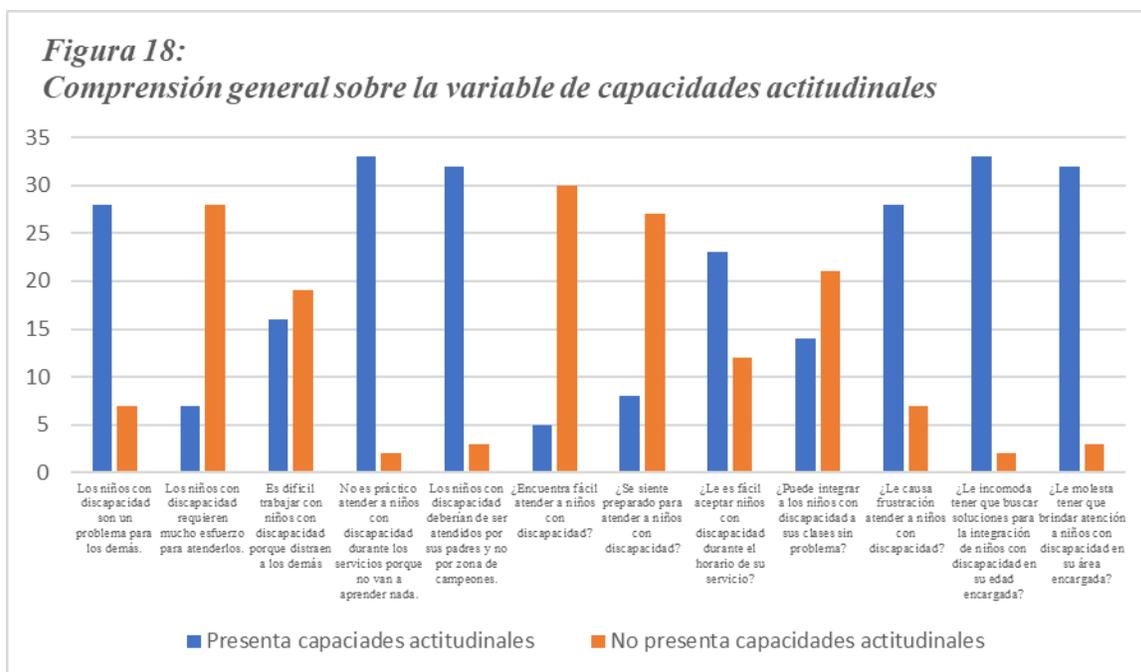
Entre los 4 ítems, la suma de las respuestas de los 35 participantes indican que 20 participantes (56%) tienen una comprensión general sobre lo que es la discapacidad, mientras que 15 participantes (44%) aun pueden mejorar.



Fuente: Respuestas recopiladas por los instrumentos *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad* y *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

La figura 17 esta conformada por los ítem 4, 5, 6 y 7 de la Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad; y las pregunta 5, 6, 8 y 9 del cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.

La suma de las respuestas de los 35 participantes en estos 8 ítems indican que 20 (56%) presentan capacidades conceptuales, mientras que 15 (44%) aún deben reforzar el desarrollo de éstas.



Fuente: Respuestas recopiladas por los instrumentos *Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad* y *Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad*

Por último, la gráfica presentada en la figura 18 está conformada por los ítems 8, 9, 10, 11 y 12 de la Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad; y las preguntas 1, 2, 3, 4, 10, 11 y 12 del cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.

La suma de las respuestas de los 35 participantes en estos 12 ítems indican que 22 participantes (62%) presentan capacidades actitudinales, mientras que en 13 participantes (38%) aún se debe reforzar el desarrollo de éstas.

3.03 Análisis general

El principal objetivo de la psicoeducación, como bien lo dice el nombre, es educar a la familia o a los cuidadores de un paciente con algún trastorno mental, una discapacidad o alguna otra situación que produce estrés a los cuidadores. Sin embargo, este proyecto propone que la psicoeducación también puede ser aplicada para educar a maestros voluntarios que, si bien, no pasan a diario tiempo con NNA con discapacidad, deben estar preparados para atenderlos de forma adecuada los fines de semana al visitar Fraternidad Cristiana de Guatemala.

La hipótesis planteada en esta investigación buscaba comprobar que los maestros voluntarios que reciben psicoeducación sobre discapacidad (usualmente identificada como “talleres” o “capacitaciones”) adquieren capacidades conceptuales y actitudinales sobre el tema, y gracias a los instrumentos aplicados, se conoce que el 56% de los voluntarios tienen conocimientos básicos sobre la discapacidad, la misma cantidad refleja tener capacidades conceptuales, y el 62% tiene capacidades actitudinales. Este 62% tienen en común haber asistido a talleres y capacitaciones dados en Fraternidad Cristiana de Guatemala en años anteriores a esta investigación, lo cual se comprobó por medio de ítems al respecto en los instrumentos utilizados.

A través de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la *escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad* y el *cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad* deja en evidencia la necesidad que la iglesia Fraternidad Cristiana de Guatemala, en especial el área de atención de niños Zona de Campeones, tiene de la psicoeducación como una herramienta para generar en sus maestros voluntarios capacidades conceptuales y actitudinales en cuanto a la materia de discapacidad y así prepararlos para atender de forma inclusiva y efectiva a niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad que formen parte de la congregación.

El fin de esta investigación, fue conocer los conocimientos de los maestros, y la construcción de estos en relación a tres variables fundamentales para la misma: discapacidad, las capacidades conceptuales y las capacidades actitudinales.

Pero, la construcción de estos conocimientos requiere interés, disposición de aprender y herramientas educativas como lo es la psicoeducación.

En cuanto a la variable de discapacidad, ambos instrumentos se aplicaron con la intención de identificar el entendimiento personal de los voluntarios sobre el concepto de discapacidad. La forma de hacerlo fue cuestionando conocimientos considerados generales, estereotipos enseñados en la sociedad guatemalteca y la voluntad de los maestros en buscar la única herramienta que ha prestado Fraternidad Cristiana de Guatemala para la capacitación en atención de NNA con discapacidad.

La figura 16 condensa los datos de las respuestas obtenidas durante la aplicación de ambos instrumentos a los 35 participantes de la investigación. Se puede observar que la mayoría de estos han tenido contacto con NNA con discapacidad, sus familias, personas con discapacidad o espacios de educación sobre discapacidad.

Por lo tanto, las respuestas de los participantes reflejan que el 56% tienen conocimiento que el término *personas con discapacidad* no es igual a *personas discapacitadas* al igual que el término *niño discapacitado* no es igual a *niño con discapacidad*. Además, tienen expresan que la discapacidad no es impedimento para llevar una vida normal y sana y han participado en los talleres y exposiciones que Fraternidad Cristiana de Guatemala ha realizado en años anteriores para educar sobre la discapacidad.

Sin embargo, esta gráfica también refleja que el 44% de los participantes no posee este conocimiento general e importante al momento de atender NNA con discapacidad, pues la dignificación, inclusión y aceptación de estos depende del conocimiento que los voluntarios poseen acerca de la discapacidad.

La figura 17 condensa las respuestas obtenidas a lo largo de la recopilación de datos en cuanto a lo que la variable de capacidades conceptuales concierne. Las actuales gráficas muestran que el 56% de los voluntarios presenta un conocimiento de conceptos teóricos básicos sobre el tema de la discapacidad.

Este 56% muestran capacidades conceptuales y comprenden la existencia de varios tipos de discapacidad, así mismo saben diferenciar las discapacidades cognitivas de las discapacidades físicas. Además, agrupan de forma generalizada el autismo y el síndrome de

Down como discapacidades cognitivas y entienden que la sordera es otro tipo de discapacidad. Estos voluntarios también expresan su entendimiento correcto de discapacidades físicas como aquellas que impiden a la persona moverse e interactuar con su entorno de forma normal. Por último, admiten que la iglesia les ha proporcionado recursos para educarse en cuanto a la discapacidad y saben de la existencia de material educativo dentro de la iglesia para aprender a tratar con NNA con discapacidad. Estos conocimientos les permiten admitir que trabajar con NNA con discapacidad les ha afectado emocionalmente, lo cual les causa una carga emocional al no poder atenderlos de forma óptima.

Preocupa que mientras que el anterior 56% de participantes admite tener conocimiento de recursos sobre discapacidad en la iglesia y que se les han proporcionado, el restante 44% no tiene conocimiento sobre esto, ya sea por falta de socialización de estos o poco interés personal. Lo importante es que esto puede comprometer de forma negativa la atención efectiva, inclusiva y adecuada de los NNA con discapacidad que son parte de Fraternidad Cristiana de Guatemala, que se presenta a sí misma como “una iglesia para la familia”, lo cual comprende todo tipo de familias, con o sin NNA con discapacidad entre sus miembros.

Los objetivos específicos buscaban identificar las capacidades conceptuales y actitudinales de los maestros de Zona de Campeones, y esto se logró a través de la aplicación de los instrumentos previamente mencionados. A continuación, se presenta el análisis de los resultados obtenidos en cuanto a lo que es el entendimiento de discapacidad y la presencia de capacidades conceptuales y actitudinales en los voluntarios.

La figura 18 del presente informe muestra que el 62% de los voluntarios de Zona de Campeones participantes en esta investigación presentan actitudes positivas y disposición de atender NNA con discapacidad a través de las respuestas obtenidas en los instrumentos que evaluaban las capacidades conceptuales.

Este 62% expresó que no creen que los NNA con discapacidad sean un problema para los demás, ni que requieran mucho esfuerzo para atenderlos, ni que es difícil trabajar con ellos porque distraen a los demás. Además, expresaron que no están de acuerdo con que no es práctico atender a NNA con discapacidad durante los servicios porque no van a

aprender nada, ni que estos deberían de ser atendidos por sus padres y no por Zona de Campeones.

Estos participantes indicaron también que encuentran fácil atender a NNA con discapacidad y que ello no les causa frustración. Además, se sienten preparados para atenderlos, los aceptan con facilidad en sus clases durante su tiempo de servicio e incluso los integran con facilidad al grupo. También comentan que no les es incómodo buscar soluciones para la integración de estos NNA con discapacidad ni que les molesta brindarles atención.

Las capacidades actitudinales fueron las que generaron la mayor cantidad de respuestas polarizadas. Aunque el 62% de los participantes muestra las capacidades actitudinales, en las gráficas de la figura 18 se puede observar que, de ese porcentaje, es una minoría quienes consideran que los NNA con discapacidad no requieren mucho esfuerzo para ser atendidos, que no es difícil trabajar con ellos y que pueden integrarlos a sus grupos sin problemas, además que se sienten preparados para atenderlos, mientras el 38% expresa lo contrario.

La psicoeducación es una herramienta que presta una serie de intervenciones que se enfocan, dentro de lo que es el marco de atención de Zona de Campeones, en mejorar el conocimiento de la discapacidad, el cuidado que los diferentes tipos de esta requieren y en la mejora de atención a NNA con discapacidad.

Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la sensación de carga que la persona con discapacidad representa para su familia y para su comunidad y esto se puede lograr a través de tres aspectos compartidos y aceptados por la mayoría de los modelos psicoeducativos, los cuales son:

- Ayudar a los familiares del paciente, y en el caso de Zona de Campeones, a los maestros
- Reconocer que en el ambiente no está implicado el origen de la enfermedad
- Reforzar habilidades y competencias de los voluntarios

La finalidad del modelo psicoeducativo es la de educar e informar, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad o discapacidad.

Para el trabajo de psicoeducación en Zona de Campeones, se propone hacer uso del Modelo Psicoeducativo Informativo, el cual tiene como prioridad la transmisión de información y puede ser llevado a cabo en 5 o 6 sesiones (Osio, 2017, Pág. 19) ya que se busca educar a los maestros a través de la transmisión de información.

La psicoeducación es un método práctico, accesible y fácil de reproducir para ayudar a los maestros voluntarios a desarrollar capacidades conceptuales y actitudinales sobre la discapacidad y, como se mencionó anteriormente, la misma ya ha mostrado ser eficaz en el desarrollo de estas capacidades en los voluntarios.

El desarrollo de estas permitirá aligerar la carga y la frustración de aquellos que deben encargarse de los NNA con discapacidad diario, como su familia o sus cuidadores, proporcionando así un ambiente inclusivo, seguro y confiable dentro de Zona de Campeones.

En general existe de parte de los voluntarios de Zona de Campeones un sentimiento de responsabilidad ante las necesidades de los NNA con discapacidad en la iglesia. Pero también existe cierta renuencia e incomodidad a acceder a atenderlos por falta de información y técnicas de atención adecuadas.

Sin embargo, la mayoría de los voluntarios que participaron en esta investigación tienen conocimientos generales sobre lo que es discapacidad y los retos que esta conlleva al momento de atender NNA con discapacidad durante el horario del culto de Fraternidad Cristiana de Guatemala, lo cual permite que exista espacio para mejorar conocimientos y técnicas para la atención de estos en la iglesia, lo que en un futuro ayudará a que se pueda comunicar esta información a otros voluntarios, ya sean estos nuevos o antiguos.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

- Al menos el 62% de los voluntarios de Zona de Campeones participantes en esta investigación, presentan actitudes positivas y disposición de atender a niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad durante el tiempo de culto en Fraternidad Cristiana de Guatemala, aunque el 44% de los participantes muestran poco conocimiento sobre técnicas y elementos teóricos al respecto.
- De parte de los voluntarios de Zona de Campeones existe un sentimiento de responsabilidad ante las necesidades de los NNA con discapacidad en la iglesia, pero también existe cierta renuencia e incomodidad a acceder a atender a estos NNA con discapacidad por falta de información y técnicas de atención.
- La mayoría de los voluntarios de Zona de Campeones tienen conocimientos generales sobre discapacidad y los retos que esta puede conllevar al momento de atender NNA con discapacidad durante el horario del culto de Fraternidad Cristiana de Guatemala, permitiendo que exista espacio para mejorar conocimientos y técnicas para la atención de NNA con discapacidad en la iglesia y que puedan comunicar esta información a otros voluntarios.
- El 56% de los voluntarios presenta un conocimiento de conceptos teóricos básicos sobre el tema de la discapacidad que han aprendido de forma individual, lo cual les permite tener una idea de los retos y las necesidades de los NNA con discapacidad que atienden en Zona de Campeones durante el tiempo de los cultos de la Frater. Sin embargo, estos conocimientos básicos no son suficientes para una atención inclusiva y efectiva de los NNA con discapacidad a las clases de Zona de Campeones.

4.02 Recomendaciones

- A la institución, aprovechar la disposición que existe de parte de los maestros de Zona de Campeones para instruirlos de forma teórica sobre discapacidad, los diferentes tipos que existen y los retos que pueden presentarse al atender NNA con discapacidad durante el tiempo de los cultos en Fraternidad Cristiana de Guatemala, implementando talleres previos a realizar el voluntariado.
- A las autoridades de Zona de Campeones, fomentar la búsqueda de soluciones prácticas y accesibles para todos los voluntarios para evitar la carga emocional que conlleva una mala atención a NNA con discapacidad por medio de la colaboración e instrucción de los padres y familiares de NNA con discapacidad y expertos en el tema como psicólogos y educadores.
- A los maestros, acercarse a los coordinadores y autoridades de Zona de Campeones para pedir talleres y capacitaciones en temas de inclusión práctica, fácil y accesible para poder atender de forma efectiva y responsable a NNA con discapacidad durante los horarios de los cultos de Zona de Campeones, además de aprender de forma individual por medio de contacto con personas con discapacidad, sus familias o programas educativos al respecto.
- A los profesionales en psicología, realizar más investigaciones sobre los retos que los NNA y adultos con discapacidad enfrentan en diferentes espacios sociales, incluyendo los religiosos y trabajar en conjunto con ellos para asegurar una inclusión verdadera y digna.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas, dirigir más investigaciones hacia los retos que las personas con discapacidad enfrentan en su día a día en materia de inclusión para ser de apoyo a las diferentes comunidades de personas con discapacidad que existen en Guatemala.

- A futuros investigadores, no dar por hecho que la inclusión es tema ajeno a la psicología y buscar siempre el beneficio de aquellos sectores vulnerables no solo en espacios educativos, también en espacios sociales, familiares y religiosos.

Referencias

Flórez Beledo, Jesús (2010) ¿Qué es el síndrome de Down? (2020) Fundación Iberoamericana Down21. Recuperado de: <https://www.down21.org/informacion-basica/76-que-es-el-sindrome-de-down/115-que-es-el-sindrome-de-down.html>

Albarrán Ledezma, Angélica Jazmín, Macías Terriquez, Marco Antonio. (2007) Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. 9(2), 118-124

Anijovich, Rebeca; Malbergier, Mirta; Sigal, Celia (2007) Una introducción a la enseñanza para la diversidad: aprender en aulas heterogéneas. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica

Barton, Len. (2009). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. Revista de Educación. Recuperado de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/848/Art_BartonL_EstudiosDiscapacidadBusqueda_2009.pdf?sequence=1

Beck, Aaron. Emery, Gary. Rush, A. John. Shaw, Brian F. (1979) Cognitive therapy of depression. The Guildford Press, Nueva York, Estados Unidos.

Camacho, Javier Martín. (2003) El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Canal Díaz, Neus. (2006). Técnicas de muestreo. Sesgos más frecuentes. Revista Seden, Volumen 9, Madrid, España

CATREC (2013) Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Recuperado de http://www.catrec.org/conceptos_ellis2013.html#:~:text=ALBERT%20ELLIS%20Y%20LA%20TERAPIA%20RACIONAL%20EMOTIVA%20

CONDUCTUAL%20(TREC).&text=Ellis%20considera%20que%20el%20n%C3%BAcleo,piensan%20acerca%20de%20los%20hechos%22.

Colegio de Psicólogos de Guatemala (2011) Código de Ética. Ciudad de Guatemala, Guatemala, Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Cuevas-Cancino J.J., Moreno-Pérez N.E. (2017) Psicoeducación: Intervención de Enfermería para el Cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enfermería Universitaria 14(3) doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>

Dgrafico (21 de marzo de 2017). Presentación de Resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad. CONADI. Recuperado de <http://conadi.gob.gt/web/2017/03/21/presentacion-de-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-discapacidad/>

Discapacidad Auditiva (2017) Currículo Nacional Base Guatemala. Recuperado de http://cnbguatemala.org/wiki/Manual_de_atenci%C3%B3n_a_las_Necesidades_Educativas_Especiales_en_el_aula/Tipos_de_discapacidades/Discapacidad_auditiva

Discapacidad Física (2017) Currículo Nacional Base Guatemala. Recuperado de http://cnbguatemala.org/wiki/Manual_de_atenci%C3%B3n_a_las_Necesidades_Educativas_Especiales_en_el_aula/Tipos_de_discapacidades/Discapacidad_f%C3%ADsica

Discapacidad Intelectual (2017) Currículo Nacional Base Guatemala. Recuperado de http://cnbguatemala.org/wiki/Manual_de_atenci%C3%B3n_a_las_Necesidades_Educativas_Especiales_en_el_aula/Tipos_de_discapacidades/Discapacidad_intelectual

Discapacidad Visual (2017) Currículo Nacional Base Guatemala. Recuperado de

http://cnbguatemala.org/wiki/Manual_de_atenci%C3%B3n_a_las_Necesidades_Educativas_Especiales_en_el_aula/Tipos_de_discapacidades/Dis-capacidad_visual

Franca-Tarragó, Omar. (2012) Manual de psico ética: Ética para psicólogos y psiquiatras. Bilbao, España, Descleé de Brouwer.

Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo , Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. Revista Iberoamericana de Psicología issn-l:2027-1786, 10 (2), 201-207. Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>

Gonzalez, Elizabeth. (2009) Contenidos Conceptuales, Procedimentales y Actitudinales. Recuperado de: <https://ideascompilativas.blogspot.com/2009/06/contenidos-conceptuales-procedimentales.html>

Gonzales Rey, Fernando (2006). Investigación Cualitativa y Subjetividad. Guatemala, Guatemala: ODHAG.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (2010). Metodología de la investigación, 5ta edición. México: McGrawHill.

Morales, I. (16 de abril de 2016). Guatemala no es apta para personas con discapacidad. Crónica. Recuperado de: <https://cronica.com.gt/2016/04/16/guatemala-no-es-apta-para-personas-con-discapacidad/>

OMS. (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.

Osio, Sergio (2017) Tema 15 Psicoeducación. Recuperado de: <https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Psicoeducaci%C3%B3n.pdf>

Ruiz, Danegger. (2016) Neurodiversidad y Alteraciones del Desarrollo. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/302315305_Neurodiversidad_y_alteraciones_del_desarrollo

Teran, Augusto. (2020) ¿Técnicas de recolección de datos para realizar un trabajo de investigación?” Recuperado de: <https://online-tesis.com/tecnicas-de-recoleccion-de-datos-para-realizar-un-trabajo-de-investigacion/>

Tobar Estrada, Anneliza (2013). Campo de atención a la discapacidad en Guatemala: Sus efectos de exclusión y empobrecimiento. Ciudad de Guatemala, Guatemala, FLACSO.

Valencia, Luciano Andrés. (2014). Breve Historia de las personas con Discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos. Argentina. Recuperado de: <http://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>

Vaquero, Miguel (2019) Tipos de Contenido Recuperado de: <http://www.deciencias.net/ambito/disenoud/deaula/paginas/ud6.htm>

Vásquez, Armando. (2010) La discapacidad en América Latina. Uruguay, OPS.

Zappella, Michele (1998). Autismo infantil: Estudios sobre la afectividad y las emociones. México, FCE

ANEXOS

Diario de Campo

Reunión con la Directora Operativa

Fecha: 9/04/2021

Duración: 20 minutos

A las 9:00 am se tuvo el primer contacto con Miss Erika Loarca, directora operativa de Zona de Campeones, desde el momento que se obtuvo el visto bueno para iniciar con el trabajo de campo. Miss Erika se ofreció a convocar a los voluntarios coordinadores de Zona de Campeones en diferentes fechas y horas para poder así tener una reunión de la forma más personal posible. La primera reunión se llevará a cabo el día 13 de este mes a las 8:15pm por medio de la plataforma Zoom.

Primera reunión con participantes

Fecha: 13/04/2021

Duración: 30 minutos

Esta noche a la 8:15pm, por medio de la plataforma virtual Zoom, se tuvo la oportunidad de presentar los objetivos de la investigación y el trabajo de campo al primero de tres grupos de coordinadores de los diferentes servicios (tiempo de culto) en los cuales hay Zona de Campeones en Fraternidad Cristiana de Guatemala. Los participantes se mostraron interesados en la investigación y el tiempo de preguntas consistió en preguntar como se obtendría el consentimiento informado, y luego los instrumentos. Los coordinadores de servicio accedieron en su totalidad a participar ellos y a socializar las pruebas entre los grupos de subcoordinadores a su cargo.

Segunda, tercera y cuarta reunión con los participantes

Fecha: 15/04/2021

Duración: 30 minutos cada reunión

Se tuvo la segunda reunión con los coordinadores de Zona de Campeones a las 6:00 pm, por medio de la plataforma virtual Zoom. Además de los coordinadores de servicio, en esta reunión participaron subcoordinadores de uno de los servicios del día domingo por la tarde. Al igual que el grupo anterior, estos también accedieron a participar de la investigación y los coordinadores de servicios a socializar los instrumentos a quienes desearan participar en sus grupos encargados.

A las 6:38 pm se llevó a cabo otra reunión con una sola coordinadora de servicio que pidió que se le atendiera por aparte por una situación de tiempo. Nuevamente se mostró la presentación de los objetivos de la investigación y la descripción de los instrumentos y sin muchas preguntas la maestra accedió a ser parte del proyecto y también comentar al respecto a los voluntarios a su cargo que entraran dentro del tipo de muestra necesario para que participaran.

A las 8:15 pm se tuvo la última reunión con los coordinadores de servicio y alabanza restantes. Además de presentar los objetivos de la investigación y los instrumentos a utilizar, parte del grupo pidió una forma más eficiente para la socialización de la información como un video de presentación que pudieran enviar a sus subcoordinadores para explicar de forma más completa la intención del estudio y los instrumentos a utilizar. Además de eso, accedieron todos a ser parte del proyecto.

A las 10:00 pm se realizó el video pedido por los coordinadores de servicio y se envió junto a los links de Google Forms a Miss Erika.

Fecha: 03/05/2021

Al principio del proyecto se tuvo la intención de que el Consentimiento Informado se firmara de forma física, pero al estar en pie las restricciones sociales y de aforo por el virus COVID-19 se decidió enviar en formato PDF el consentimiento informado a cada participante, que estos lo firmaran y luego enviaran de nuevo el archivo firmado digital, pero hubo complicaciones por poco acceso a escáneres y poca comprensión de las instrucciones, por lo que se digitalizó el consentimiento informado a un archivo de Google Forms y con la colaboración de Miss Erika se socializó entre los coordinadores y los subcoordinadores. Al poner su nombre y su correo electrónico se aseguró una especie de firma digital para hacer de la forma un archivo válido.

Instrumentos

Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad

Fecha: _____

Iniciales: _____

Instrucciones: A continuación, se le presentan varias afirmaciones con relación al tema de la discapacidad. Por favor, conteste de forma honesta, escogiendo la respuesta que mejor refleje su opinión al respecto.

1. “El término “personas con discapacidad” es igual a “personas especiales”
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

2. “Discapacidad es un impedimento para llevar una vida normal.”
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

3. “Decir “niño discapacitado” es igual a “niño con discapacidad.”
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

4. “Existen varios tipos de discapacidad.”
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

5. “La discapacidad cognitiva forma parte de las discapacidades físicas.”
 - a) Totalmente en desacuerdo

- b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
6. “El Autismo, el Síndrome de Down, y la sordera son todas discapacidades cognitivas.”
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
7. “Las discapacidades físicas son aquellas que impiden a la persona moverse e interactuar con su entorno de forma normal.”
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
8. “Los niños con discapacidad son un problema para los demás.”
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
9. “Los niños con discapacidad requieren de mucho esfuerzo para poder atenderlos.”
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
10. “Es difícil trabajar con niños con discapacidad porque distraen a los demás.”
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
11. “No es práctico atender a niños con discapacidad durante los servicios porque no van a aprender nada.”
- a) Totalmente en desacuerdo

- b) En desacuerdo
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) De acuerdo
- e) Totalmente de acuerdo

12. “Los niños con discapacidad deberían de ser atendidos por sus padres y no por Zona de Campeones.”

- a) Totalmente en desacuerdo
- b) En desacuerdo
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d) De acuerdo
- e) Totalmente de acuerdo

Baremo para la Escala para el conocimiento de definiciones, actitudes y conceptos en cuanto a la discapacidad

Fecha: _____

Iniciales: _____

Esta prueba está dividida en tres categorías pertenecientes a las variables a investigar. La primera sección (ítem del 1-3) evalúa la variable de Discapacidad, la segunda sección (ítem 4-7) evalúa la variable de Capacidades Conceptuales, y la tercera sección (ítem del 8-12) evalúa la variable de Capacidades Actitudinales.

La medición de los resultados será de forma de intervalo de dos tipos: ascendente (de 1 a 5) y descendente (de 5 a 1), siendo 50 puntos lo más favorable y 12 puntos lo menos favorable al momento de calificar la prueba. El puntaje de cada ítem está indicado en la siguiente tabla, por lo que al calificarse se sumarán los respectivos puntos de cada respuesta, para luego sumarse el total.

Variable de Discapacidad:

ITEM	Puntuación del Ítem	Puntuación
1	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1	4
2	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1	4

3	a=1; b=2; c=3; d=4; e=5	2	
		Sub-Total	

Variable de Capacidad Conceptual:

ITEM	Puntuación del Ítem	Puntuación	
4	a=1; b=2; c=3; d=4; e=5	5	
5	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1	3	
6	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1	2	
7	a=1; b=2; c=3; d=4; e=5		
		Sub-Total	

Variable de Capacidad Actitudinal:

ITEM	Puntuación del Ítem	Puntuación	
8	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1		
9	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1		
10	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1		
11	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1		
12	a=5; b=4; c=3; d=2; e=1		
		Sub-Total	

Sub-Total Variable de Discapacidad	
Sub-Total Variable de Capacidad Conceptual	
Sub-Total Variable de Capacidad Actitudinal	
Total	

Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.

Fecha: _____

Iniciales: _____

Instrucciones: A continuación, se le presentan varias afirmaciones sobre el conocimiento, actitudes y conceptos sobre la discapacidad. Por favor, conteste de forma honesta, escogiendo la respuesta que mejor refleje su opinión al respecto.

1. ¿Encuentra fácil atender a niños con discapacidad?
Si _____ No _____

2. ¿Se siente preparado para atender a niños con discapacidad?
Si _____ No _____

3. ¿Le es fácil aceptar niños con discapacidad durante el horario de su servicio?
Si _____ No _____

4. ¿Puede integrar a los niños con discapacidad a sus clases sin problema?
Si _____ No _____

5. ¿Le han proporcionado recursos para educarse en cuanto a la discapacidad?
Si _____ No _____

6. ¿Sabe de la existencia de material educativo dentro de la iglesia para aprender a tratar con niños con discapacidad?
Si _____ No _____

7. ¿Ha asistido a talleres y exposiciones que ha organizado la Frater en cuanto al tema de la discapacidad?
Si _____ No _____

8. ¿Cree que trabajar con niños con discapacidad le ha afectado emocionalmente?
Si _____ No _____

9. ¿Le causa una carga emocional no poder atender a los niños con discapacidad de forma óptima?

Si _____ No _____

10. ¿Le causa frustración atender a niños con discapacidad?

Si _____ No _____

11. ¿Le incomoda tener que buscar soluciones para la integración de niños con discapacidad en su edad encargada?

Si _____ No _____

12. ¿Le molesta tener que brindar atención a niños con discapacidad en mi área encargada?

Si _____ No _____

Baremo para el Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad.

Fecha: _____

Iniciales: _____

El Cuestionario sobre creencias y actitudes ante la discapacidad es un cuestionario cerrado de 12 ítems que pueden clasificarse según las tres variables a estudiar: Variable de Discapacidad (ítem 7), Variable de Capacidades Conceptuales (ítems 5, 6,8,9) y Variable de Capacidades Actitudinales (ítems 1-4 y 10-12). La medición de los resultados será por medio de la sumatoria de los puntos, siendo 24 puntos lo más favorable y 12 puntos lo menos favorable. La puntuación depende de la respuesta por lo que el puntaje se detalla en la siguiente tabla. Se debe sumar el sub-total de puntos para obtener el total, siendo 24 puntos lo más favorable y 12 puntos lo menos favorable.

Ítem	Puntaje "Si"	Puntaje No	Sub-Total
1	2	1	
2	2	1	
3	2	1	
4	2	1	
5	2	1	
6	2	1	
7	2	1	

8	1	2	
9	2	1	
10	1	2	
11	1	2	
12	1	2	
		Total	

Fotografias

