



POSGRADOS

Maestría en **PSICOLOGÍA CON MENCION EN NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y DIVERSIDAD**

RPC-SO-06-NO.196-2021

Opción de Titulación:

Proyecto de titulación con componentes de investigación aplicada y/o de desarrollo

Tema: Propuesta psicoeducativa para el cuidado en el acogimiento familiar de niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial de Aldeas Infantiles SOS

Autora:

Andrea Judith Morán Ramírez

GUAYAQUIL – Ecuador

2023

Autora:

Andrea Judith Morán Ramírez
Licenciada en Psicología Clínica
Candidata a Magíster en Psicología con Mención en Niñez,
Adolescencia y Diversidad por la Universidad Politécnica Salesiana –
Sede Guayaquil.
Psic.cl.andreamoran@gmail.com

Dirigido por:

Msc. Lucía Vega Castro. Lic. Defectología
Docente- Investigador de la Universidad politécnica Salesiana.
lvga@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

2023 © Universidad Politécnica Salesiana.

GUAYAQUIL– ECUADOR – SUDAMÉRICA

Andrea Judith Morán Ramírez

PROPUESTA PSICOEDUCATIVA PARA EL CUIDADO EN EL ACOGIMIENTO FAMILIAR DE
NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DE ALDEAS INFANTILES SOS

DEDICATORIA

A todos los niños, niñas y adolescentes que merecen crecer en un entorno familiar, sin ser discriminados por ninguna condición.

A Luisito, quien me enseñó a tener otra perspectiva del mundo y un corazón para aprender todos los días.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todas las personas que demostraron su apoyo incondicional, afecto e impulso para llegar hasta la meta final.

A mi madre, por estar pendiente y alentarme en el camino. A mi padre, por insistir en el cumplimiento de una meta más en mi carrera profesional. En especial a mis hermanos, porque son mi motivación para alcanzar mis logros.

A Edu, por su constante compañía, soporte y motivación. A bae, por confiar en mí y darme ánimos infinitos. A Pauli, por su tiempo, paciencia y guía para el análisis de datos.

Muy significativamente a mi tutora, Lucía Vega, por su soporte científico, enfoque y orientación para llegar al objetivo de la finalización de esta investigación.

Este trabajo debe mucho a la colaboración del Mgs. Emilio Carrillo y Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil, por la apertura y confianza depositada para la recolección de datos. Gracias a mi equipo Foster, por creer en esta iniciativa para una calidad de vida.

Índice de Contenido

Resumen	9
Abstract	10
1. Introducción	11
2. Justificación	13
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo general.....	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. Determinación del Problema.....	16
4.1 Preguntas de investigación	17
4.2 Hipótesis	18
5. Marco teórico referencial.....	19
5.1 Acercamiento a la discapacidad psicosocial.....	19
5.2 El estigma sociocultural de la discapacidad psicosocial	22
5.3 El acogimiento institucional, una medida temporal de protección	24
5.4 El acogimiento familiar, una nueva alternativa de cuidado.....	26
6. Materiales y metodología.....	30
7. Resultados y discusión.....	38
8. Propuesta psicoeducativa para el cuidado en el acogimiento familiar	50

8.1 D1: Mitos vs Realidad de la discapacidad psicosocial	51
8.2 D2: Intervención en crisis	57
8.3 D3: Intervención Relacional Basada en la Confianza	58
9. Conclusiones.....	63
10. Anexos	65
11. Referencias	71

Índice de Tablas

Tabla 1 Niñas, niños y adolescentes clasificados según su discapacidad en Guayaquil	21
Tabla 2 Datos de los niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil	39
Tabla 3 Evaluación por área del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI)	45
Tabla 4 Matriz de correlación Pearson: autoritarismo e ideología salud mental.....	46
Tabla 5 Matriz de correlación Spearman: restricción social y benevolencia	46
Tabla 6 Sesión N°1.....	53
Tabla 7 Sesión N°2.....	55
Tabla 8 Sesión N°3.....	55
Tabla 9 Sesión N°4.....	56
Tabla 10 Sesión N°5.....	56
Tabla 11 Sesión N°6.....	57

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Datos de los niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil	40
Gráfico 2 Análisis según el sexo de los participantes	41
Gráfico 3 Rango de edad de las familias acogientes	42
Gráfico 4 Promedio general por áreas del Cuestionario CAMI	43
Gráfico 5 Efectos del trauma en diferentes áreas según TBRI	60

Propuesta psicoeducativa para el cuidado en el acogimiento familiar de niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial en Aldeas Infantiles SOS

Autora:

Andrea Judith Morán Ramírez

Resumen

La investigación analizó el tipo de actitud y conocimiento de las familias que postularon al servicio de acogimiento familiar sobre la discapacidad psicosocial a través del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI), por otro lado, se describió el tiempo de duración que mantienen los niños con discapacidad psicosocial con una medida legal de acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en la ciudad de Guayaquil. Para esto, fue necesario realizar una diferenciación entre el acogimiento institucional y acogimiento familiar, resaltar el concepto de la discapacidad psicosocial y los tipos de estigma, mismos que se han ido formando desde el discurso social, influyendo en la actitud de las personas ante dicha condición. Dentro de este trabajo, se planteó la planificación de una propuesta psicoeducativa dirigida principalmente a las familias acogientes, la cual, se realizó bajo tres dimensiones con la finalidad de erradicar el estigma, brindar otro tipo de perspectiva y aprendizaje sobre la discapacidad psicosocial y por último, las pautas para realizar una conexión con un niño o niña que ha sufrido alguna manera de vulneración de sus derechos, con la finalidad de sensibilizar a las familias sobre la problemática de esta población vulnerable anteriormente mencionada.

Palabras clave: discapacidad psicosocial, acogimiento familiar, propuesta psicoeducativa, estigma, institucionalización prolongada.

Abstract

The research analyzed the type of attitude and knowledge of the families who applied to the foster care service about psychosocial disability through the Community Attitudes Questionnaire for People with Mental Illness (CAMI). On the other hand, the length of time that children with psychosocial disabilities remain in institutional foster care in SOS Children's Villages in the city of Guayaquil was described. For this, it was necessary to differentiate between institutional and family foster care, to highlight the definition of psychosocial disability and the types of stigma, which have been formed from the social discourse, influencing people's attitude towards this condition. Within this work, the planning of a psychoeducational proposal aimed mainly at foster families was proposed, which was carried out under three dimensions in order to eradicate stigma, provide another type of perspective and learning about psychosocial disability and finally, the guidelines to make a connection with a child who has suffered some kind of violation of their rights, with the aim of sensitizing families about the problems of this vulnerable population mentioned above.

Key words: psychosocial disability, Foster care, psychoeducational proposal, stigma, prolonged institutionalization.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2010) afirma que “las personas con discapacidad mental y psicosocial se encuentran entre los grupos más marginados en los países en desarrollo”, por lo tanto, la discapacidad psicosocial engloba a las personas que han sufrido la segregación y efectos negativos, como la exclusión, discriminación y el estigma.

Gil y Sáez (2019) resaltan que la EUFAMI (Federación Europea de Asociaciones de Familiares de personas con problemas de salud mental), mantiene un proyecto llamado “Prospect” que trata de la colaboración con organizaciones especializadas en empoderamiento y en formación, teniendo un objetivo el cual “se centra en facilitar y abrir nuevas perspectivas a las personas que tengan un problema de salud mental, rompiendo así con el aislamiento social que puede producir la enfermedad y recuperar por tanto la calidad de vida de estas personas” (p. 20). Esta es una muestra de inclusión por las personas con discapacidad psicosocial, sin embargo, a nivel de América Latina no se ha podido realizar proyectos que propicien un bienestar de vida para una persona con discapacidad psicosocial.

Generalmente, cuando las familias temporales inician el proceso de captación para el acogimiento familiar, expresan que no tienen el deseo de acoger a un niño o una niña que presente alguna discapacidad, ya que, hay un sesgo social y no se sienten aptas para el cuidado. De tal manera, esto ha afectado en el acogimiento familiar temporal de niños y niñas de 5 a 11 años que presentan esta

condición en la modalidad de acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil. La UNICEF-RELAF (2016) destaca que “se traduce en menos oportunidades de adopción, acogimiento familiar o actividades de rehabilitación basadas en la comunidad y orientadas al desarrollo de habilidades para la vida independiente” (p. 49).

Esta dificultad ha provocado que los niños con discapacidad psicosocial que están privados de su familia biológica a causa de situaciones que han vulnerado sus derechos, no sean tomados en cuenta para ser vinculados a una familia acogiente, lo cual, representa un problema, ya que pierden la oportunidad del gozo de tener una familia, la falta de estrategias para su regreso en la comunidad, como consecuencia, la institucionalización suele ser de largo plazo. Según los datos obtenidos por la UNICEF y la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2016) afirma que “en algunos países, por ejemplo, el número de niños, niñas y adolescentes con discapacidad institucionalizados llega al 25 por ciento” (p.49).

En el reporte de datos del informe acogimiento institucional, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2021) afirma que “del universo de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el servicio de acogimiento institucional, el 0.53% con discapacidad psicosocial” (p.12).

2. Justificación

Actualmente, en el país, existe la medida legal de acogimiento familiar, la cual, permite restituir en un niño, el derecho a vivir en un entorno familiar, y, de esa manera, evitar la institucionalización innecesaria. Las familias acogientes o familias temporales tienen la predisposición de acoger y cuidar a niños regulares, es decir, que no presenten ninguna discapacidad. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, existen niños con discapacidad psicosocial que están en acogimiento institucional, que han sido privados de sus familias biológicas por diversos motivos, y estos, suelen ser abandonados de manera permanente por sus familiares, en la cual, no llega a existir una reinserción con la familia biológica, ya sea del núcleo familiar o de la familia ampliada.

Por esta razón, se plantea la presente investigación, ya que la discapacidad psicosocial es una problemática que ha sido invisible para la sociedad. Por otro lado, es importante realizar un análisis que permita visualizar la frecuencia del acogimiento, tanto institucional como acogimiento familiar de niños con discapacidad psicosocial, ya que, es un grupo de carácter vulnerable, por lo tanto, se analizará la incidencia del tiempo de niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.

También, el estudio aporta en brindar una propuesta psicoeducativa para capacitar a las familias postulantes que desean ser parte del servicio de acogimiento familiar, de esa manera, el objetivo de la propuesta es transmitir herramientas a las familias para que puedan sentirse aptos en el cuidado, el trato

y en la crianza de niños y niñas de 5 a 11 años con esta condición anteriormente mencionada, con el propósito de aumentar las oportunidades de que un niño o una niña con discapacidad psicosocial tenga el acceso de vivir dentro de una familia acogiente, lo cual, contribuye con su desarrollo de vida.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Elaborar una propuesta psicoeducativa a través de la sensibilización a las familias acogientes con el objetivo de mejorar el acceso de acogimiento familiar a niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial que se encuentran en la modalidad de acogimiento institucional de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar los tipos de estigma y tabúes sobre la discapacidad psicosocial.
2. Describir el tiempo de acogimiento institucional y la falta de acceso a una familia de los niños con discapacidad psicosocial acogidos en Aldeas Infantiles SOS.
3. Valorar el nivel de conocimiento de los padres temporales sobre la discapacidad psicosocial a través de la aplicación de una encuesta.
4. Proponer recursos psicoeducativos para la intervención con niños con discapacidad psicosocial con la finalidad de elaborar una propuesta psicoeducativa dirigida a las familias acogientes.

4. Determinación del Problema

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019) define al acogimiento familiar como “una medida temporal de protección dispuesta por la autoridad judicial, que tiene como finalidad brindar a un niño, niña o adolescente privado de su medio familiar, una familia idónea y adecuada a sus necesidades, características y condiciones” (p.42). En el país, no se encuentran datos de niños y niñas con discapacidad psicosocial que han sido acogidos por familias temporales o familias acogientes, por lo tanto, es de suma importancia tener en cuenta esta población vulnerable, ya que, el acogimiento familiar es poder restituir el derecho de vivir en familia a cada niño, niña y adolescente, es decir, no se debe hacer ningún tipo de excepción con las personas que presentan discapacidad psicosocial, sino, incluirlas en el proceso.

Por otro lado, las familias acogientes desconocen sobre la discapacidad psicosocial y no se animan a realizar el acogimiento con niños que presenten esta condición. La problemática de esta investigación es compleja, ya que existe la contradicción en las familias postulantes acogientes en relación con el deseo de proteger y brindar un ambiente seguro y protector a un niño/a que ha sido privado de su familia biológica y por otra parte, el complicado proceso y miedo que se genera en las familias sobre ser responsables del cuidado de un niño con problemas de discapacidad psicosocial, por lo que, descartan la posibilidad de realizar el acogimiento familiar con un niño que presente dicha condición. Hernández – Sampieri y Mendoza (2018) afirman que el planteamiento del

problema “puede combinar más de una finalidad, pues los propósitos no son mutuamente excluyentes y, de hecho, se entremezclan” (p. 41)

Dentro del Manual de Capacitación para familias acogientes postulantes implementado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social en el 2020, no se aborda la temática de discapacidad psicosocial, por este motivo, es relevante educar, sensibilizar y brindar otra perspectiva en el cuidado adecuado de un niño o niña con esta condición, de esa manera, poder erradicar cualquier tipo de estigma y potenciar a las familias en realizar una vinculación familiar con un niño o niña que necesita crecer en el seno de una familia, de tal forma, se busca otorgar la igualdad de oportunidades y el diseño de un nuevo plan de vida que desarrolle la autonomía del niño o niña.

4.1 Preguntas de investigación

¿Qué influencia tiene el estigma cultural y el desconocimiento acerca de la discapacidad psicosocial en la decisión de las familias temporales para acoger a niños de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial que se encuentran en la modalidad de acogimiento institucional e institucionalización de largo plazo en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil?

¿Cómo ayudaría una propuesta psicoeducativa a mejorar la disposición de las familias temporales para acoger a niños de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial que tienen una medida de protección de acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil?

4.2 Hipótesis

El estigma cultural y el desconocimiento acerca de la discapacidad psicosocial que tienen las familias temporales disminuyen el acogimiento familiar e incrementa la institucionalización prolongada en niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial que se encuentran acogidos en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.

Una propuesta psicoeducativa dirigida a las familias temporales acogientes sobre el cuidado de niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad psicosocial mejoraría la disposición y los diferentes estigmas con relación a la decisión de acoger temporalmente a niños con discapacidad psicosocial en la organización Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.

5. Marco teórico referencial

5.1 Acercamiento a la discapacidad psicosocial

Arenas (2021) afirma que “la discapacidad psicosocial es un proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental” (p.71). De tal manera, se reconoce que la discapacidad psicosocial es una problemática comunitaria, ya que, se ha categorizado como un tema abandonado. La discapacidad psicosocial es una condición que afecta a la salud mental y emocional de una persona, y puede limitar su capacidad para participar plenamente en la sociedad.

La discapacidad psicosocial puede ser el resultado de una variedad de factores, como trastornos mentales, experiencias traumáticas, abuso de sustancias, problemas de salud crónicos, entre otros. Las personas con esta discapacidad pueden experimentar dificultades para realizar actividades cotidianas, como trabajar, estudiar, socializar o cuidar de sí mismas. A menudo enfrentan estigmatización y discriminación debido a su discapacidad, lo que puede empeorar su salud mental y disminuir su calidad de vida.

Esta discapacidad es causada generalmente por enfermedades como la esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis, entre otras. Se manifiesta a través de deficiencias o trastornos de la conciencia, comportamiento, razonamiento, estados de ánimo, afectividad, y/o comprensión de la

realidad (irritabilidad, depresión, inestabilidad emocional crónica).

(Consejo de la Judicatura del Ecuador, 2015, p. 10)

Las deficiencias en la realización de acciones van a variar según el nivel. En casos que una persona con discapacidad psicosocial presente una deficiencia leve o moderada, con la correcta medicación, la persona puede elaborar sus actividades cotidianas con normalidad y autonomía. Por otro lado, existe una mayor preocupación por el método de tratamiento que se emplea con las personas con discapacidad psicosocial que presentan un nivel grave o severo, ya que, generalmente suelen internarlas de manera obligatoria en instituciones psiquiátricas.

Por consiguiente, lo que determina la discapacidad psicosocial es la evaluación y el diagnóstico previo de la existencia de un trastorno mental, conforme a los criterios que constituyen los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales, como el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad; por otro lado, la presencia de la carga social que se atribuye a la persona diagnosticada, de esa manera, se demuestre la dificultad en la participación activa en la sociedad y el nivel de inserción en las actividades diarias; es decir, la discapacidad psicosocial no se trata específicamente de una persona con un diagnóstico psicopatológico, sino, el impacto que aquel diagnóstico concibe cotidianamente en el sujeto y en la sociedad, de tal modo, anulándolo en la interacción social de manera apropiada. Arenas (2021) menciona que la problemática radica “debido a las limitaciones que presenta en las actividades

laborales, educativas y sociales a razón del estigma y la exclusión socioespacial que experimenta” (p. 72).

Por otro lado, en Guayaquil existen 844 niños y niñas entre 4 a 12 años de edad que están registrados con discapacidad psicosocial, en la cual, el 54,50% de los niños presenta un nivel de discapacidad del 30% a 49%, el 41,94% posee un nivel de discapacidad entre el 50% a 74%, el 3,08% tiene un grado de discapacidad entre el 75% a 84% y por último, solo el 0,47% presenta un grado de discapacidad del 85% al 100% (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022).

Dentro de los datos obtenidos por el Ministerio de Inclusión, Económica y Social (2022) refiere en su informe que el porcentaje de los niños, niñas y adolescentes engloba al “0.31% con discapacidad psicosocial” (p. 12), siendo así, solamente 7 niños, niñas y adolescentes evaluados con fecha de corte de junio 2022.

Tabla 1

Niñas, niños y adolescentes clasificados según su discapacidad en Guayaquil

Zona	Visual	Psicológica	Múltiple	Psicosocial	Física	Intelectual	En valoración	Total
CZ1					9	14		23
CZ2								0
CZ3				1	16	20	2	39
CZ4	1			1	6	9		17
CZ5						7	1	8
CZ6				1	2	22		25
CZ7						13	1	14
CZ8		2		1	3	11	9	26
CZ9			1	3	7	62	1	74
Total	1	2	1	7	43	158	14	226

Fuente: Matriz de esclarecimiento legal – DSPE

5.2 El estigma sociocultural de la discapacidad psicosocial

El término “estigma” tuvo su origen en el vocablo griego, que significa a la marcación en el cuerpo, el cual, esta marca era realizada con hierro candente a los esclavos que trataban de escapar. “Esos signos se referían a cortes y diversas marcas como quemaduras o heridas, las cuales provocaban rechazo y discriminación en la sociedad” (Santamaría, 2020, p. 6).

En el ámbito de la discapacidad psicosocial, el estigma es la principal etiqueta que la sociedad tiende a colocar a una persona que padezca una enfermedad mental, lo cual, produce efectos nocivos en la vida de aquel individuo, como consecuencia, pierde la confianza en sí mismo, en el tratamiento y por ende en la recuperación y siembra duda en poder manejar una vida común corriente, ya que la persona puede imaginar y sentirse ser inferior que los demás, de tal manera, se genera en la persona una sensación de discapacidad debido al menosprecio o discriminación en la participación de actividades.

El factor clave para explicar el estigma es la ausencia de conocimiento, concienciación e interacción con un grupo de personas consideradas que están fuera de la norma, siendo clasificadas como diferentes, por lo cual, las personas no solo tienen que lidiar con el diagnóstico, sino, con el rechazo incorporado. “Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema: por un lado, a la sintomatología propia de la enfermedad, y por el otro, al estigma” (González, 2019, p.23).

“El estigma hacia la enfermedad mental ha sido evaluado por diversos estudios a lo largo del mundo. En el caso particular de América Latina, la investigación ha sido escasa” (Mascayano et al., 2015, p. 53). Cabe mencionar que, hay ausencia de investigaciones que tomen en cuenta el estudio de las enfermedades mentales, esto es perjudicial, ya que, la humanidad está atrasada en tratar a pacientes psiquiátricos, por la misma razón de que no existe una inversión para desarrollar una investigación y crear estrategias y una intervención de calidad para dichos pacientes.

Se ha determinado distintos niveles de la sociedad con respecto al estigma en la salud mental, en la cual, se clasifican de la siguiente forma: en la misma persona, en la familia, institucional y en la comunidad. (Mascayano et al., 2015, p. 54). En lo que respecta al estigma, la más grave es la que padece la misma persona con discapacidad psicosocial, es decir, el autoestigma, y esto se produce por las actitudes y comportamiento que ha recibido desde la sociedad, por consiguiente, se elaboran dogmas de degradación y desprecio hacia sí mismo, lo cual, provoca una reducción en el bienestar del sujeto. “Es importante destacar que actualmente diversas investigaciones han determinado que alrededor del 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de autoestigma” (Mascayano et al., 2015, p. 54).

Por su parte, en lo que conlleva al estigma en la familia, es un escenario en la que traspasa la desvalorización por parte de la sociedad por estar relacionado a una persona estigmatizada, esto puede impactar en alteraciones del sueño,

dificultad en sus relaciones interpersonales, lo que también afecta al bienestar de vida de las familias con un paciente con trastorno mental.

Por lo tanto, con frecuencia puede producirse un aislamiento similar al que les suceden a los pacientes psiquiátricos. No obstante, Mascayano et al. (2015) señalan que “en América Latina se ha reportado que los familiares también pueden ser una fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedad mental” (p. 54). Por consiguiente, las familias toman otro papel del lado del estigma, ya que pueden convertirse en los actores principales en vulnerar los derechos de las personas con un diagnóstico psiquiátrico, siendo este un integrante de la familia.

5.3 El acogimiento institucional, una medida temporal de protección

El acogimiento institucional es una medida judicial, en la cual, esta modalidad ofrece la atención a los niños, niñas y adolescentes que han pasado por diferentes causas que han vulnerado sus derechos; el seguimiento de cada usuario en acogimiento institucional es ofrecido por medio de las instituciones que tienen convenio con el Ministerio de Inclusión, Económica y Social.

El acogimiento institucional es una medida transitoria de protección dispuesta por la autoridad judicial, en los casos que no sea posible el acogimiento familiar, para aquellas niñas, niños y adolescentes que se encuentran privados de su medio familiar. Esta medida es el último

recurso y se cumplirá únicamente en aquellas entidades debidamente autorizadas. (Ministerio de Inclusión, Económica y Social, 2017, p. 9)

La población destinada para el servicio comprende de niñas, niños y adolescentes entre 0 a 17 años, quienes han atravesado alguna situación de violación o amenaza de sus derechos, que atente contra su integridad física, psicológica o sexual. El Ministerio de Inclusión, Económica y Social (2017) refiere en su Norma Técnica de Acogimiento Institucional que la población objetivo es la cual, los menores de edad “no cuentan con un referente en la familia ampliada o extendida que pueda garantizar la atención integral y asumir su cuidado de forma inmediata, en casos de: abandono, extravío, maltrato, abuso, explotación sexual, trata de personas, orfandad, etc.” (p. 33).

Sánchez y Salinas (2017) refieren que el acogimiento institucional “rompe con el vínculo familiar, comunitario, social y de pares, que son prioritarios para el desarrollo de la niñez y adolescencia; vinculado con estas ideas, la permanencia prolongada en una institución de circuito cerrado genera aspectos negativos en el desarrollo” (p. 175). Por lo tanto, a lo largo del tiempo, el niño, niña o adolescente institucionalizado puede tener consecuencias que afecten a su desarrollo psicosocial.

Por otro lado, es importante aclarar que, dentro de la Norma Técnica del acogimiento institucional no existe una clasificación de los plazos con relación al tiempo que un niño pasa institucionalizado, y solamente se menciona como un

“acogimiento institucional prolongado”, sin embargo, no hay una clarificación del tiempo en sí cuando se habla de la prolongación.

5.4 El acogimiento familiar, una nueva alternativa de cuidado

El acogimiento familiar es una medida temporal de protección que se proporciona a un niño, niña o adolescente. Para Maldonado y Jaramillo (2019) “consiste en separarlo de su familia de origen de manera temporal, ante la imposibilidad de que ésta garantice adecuadamente su bienestar, pero garantizando, al mismo tiempo, la más pronta reintegración al núcleo familiar compatible con el bienestar del menor” (p. 45).

De esta forma, se trata de evitar la institucionalización del menor en una casa de acogida, ya que, el acogimiento familiar tiene como finalidad proporcionar un entorno familiar para restituir el derecho del menor de vivir y crecer dentro de una familia, garantizando una atención apropiada, siendo así, una nueva alternativa de cuidado y disminuyendo los casos de institucionalización innecesaria. “En muchos casos el acogimiento institucional puede tener efectos perjudiciales sobre el desarrollo físico y cognitivo del menor” (Maldonado y Jaramillo, p. 45).

Con respecto al desarrollo, el acogimiento institucional puede afectar a la personalidad de los niños, niñas y adolescentes, como la presencia de ansiedad, baja autoestima, desequilibrio emocional, de tal forma, dificulta la manera

adecuada de gestionar sus emociones y sus deseos. Dentro de la guía de estándares para las prácticas con relación al acogimiento familiar, la UNICEF y la RELAF (2016) afirman la existencia de investigaciones donde han evidenciado que “la permanencia de un niño en sus primeros años en una institución provoca daños irreparables para su vida futura, entre los que se encuentran salud física deficiente, graves retrasos en el desarrollo, discapacidad y daño psicológico potencialmente irreversible” (p. 10).

Se ha realizado un estudio, en el cual, en la primera infancia de un niño que se encuentre en acogimiento institucional, cada tres meses que transita, pierde un mes de su desarrollo. (Maldonado y Jaramillo, 2019, p. 45). Por lo tanto, es importante generar la apertura de un ambiente familiar, ya que, el acogimiento institucional, sobre todo de largo plazo, puede afectar en la adaptación social, escolar y personal de un niño, niña o adolescente.

“El acogimiento familiar es una práctica que hace posible la convivencia familiar de niños cuyas familias de origen no están en condiciones de asumirla” (UNICEF y RELAF, 2016, p. 10). En efecto, las familias que, voluntariamente toman la decisión de postularse para el servicio de acogimiento familiar, son familias que no tienen un vínculo ni grado consanguíneo con el menor. Estas familias postulantes llegan por medio de alguna campaña publicitaria o por recomendación de las familias acogientes.

Sobre el proceso para acceder al servicio de acogimiento familiar, las familias postulantes ingresan a un proceso de calificación, donde son evaluadas

por las fases de trabajo social y psicológica que abarca obtener información sobre la motivación de acoger, los recursos económicos y afectivos, estado de salud física y mental, tanto del núcleo familiar como la investigación de los integrantes hasta el cuarto grado de consanguinidad, para luego, una vez la aprobación de dichas fases, las familias son capacitadas por el equipo técnico de acogimiento familiar, el cual, se conforma por trabajo social, psicología, facilitación familiar y abogacía.

El acogimiento familiar constituye en tres plazos, en el cual se divide en corto, medio y largo plazo. El corto plazo tiene una duración hasta un año y es cuando debe ser prioridad la reinserción de un niño, niña o adolescente a su familia de origen. El medio plazo consta de un tiempo hasta dos años dentro de la familia acogiente, asimismo la prioridad es la reinserción familiar, sin embargo, también se debe tener en cuenta la familia ampliada, es decir, tener en cuenta una probable custodia familiar. Por último, el largo plazo es hasta que el niño, niña o adolescente cumpliera la mayoría de edad, esto es pensando cuando hay una baja probabilidad de reinserción familiar.

“Además, el acogimiento familiar, se convierte en una alternativa temporal a la adopción, la misma que en el Ecuador consta de procesos muy engorrosos.” (Maldonado y Jaramillo, 2019, p.45). Es importante realizar la diferenciación entre un proceso de adopción y un acogimiento familiar; mientras que, el primero es de carácter permanente, donde los apellidos del niño se modifican por los de su familia adoptiva, el acogimiento familiar es una alternativa de cuidado temporal, con el objetivo de restituir el derecho al menor de vivir dentro de una familia. Por

otra parte, las familias que hayan tenido bajo su cuidado en acogimiento familiar a un menor, tendrán prioridad para realizar un proceso de adopción, siempre y cuando se cumpla con los requerimientos legales y psicosociales.

6. Materiales y metodología

“La investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado en conteos y magnitudes” (Baptista, Fernández, Hernández, 2014, p. 15). La investigación se desarrolló a través de un enfoque cuantitativo con diseño de investigación descriptivo, se aplicó de manera digital el Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI) a los hombres y mujeres que se postulan para ser parte del servicio de acogimiento familiar para convertirse en una familia acogiente, está encaminada a realizar un análisis estadístico sobre los diferentes factores que influyen en el estigma de la discapacidad psicosocial y el nivel de conocimiento de esta condición.

El cuestionario CAMI contiene 40 ítems, evaluados con la escala de Likert de 5 puntos, en la que indica desde totalmente de acuerdo (5) hasta totalmente en desacuerdo (1), su fiabilidad es de $\alpha .923$. “Se trata de una versión adaptada del documento original denominado Community Attitudes Toward Mental Illness” (Santamaría, 2022, p. 55). La escala del cuestionario está conformada por cuatro áreas, los cuales son: autoritarismo, ideología de salud mental en la sociedad, benevolencia, restricción social.

La subescala de autoritarismo valora los pensamientos con relación a que las personas con enfermedad mental pertenecen a un nivel inferior a comparación de las personas regulares. La subescala de benevolencia evalúa la actitud de

acogida hacia las personas con dicho diagnóstico. Por otro lado, la subescala de restricción social valora el riesgo o peligro para la comunidad e indica que los sujetos con enfermedad mental deben tener sus limitaciones, tanto previas como posteriores a un ingreso hospitalario. Por otra parte, lo que corresponde a la ideología de la salud mental en la comunidad valora las creencias, conocimiento y actitudes en torno a la inclusión de las personas con enfermedad mental en la sociedad. “La consistencia interna del instrumento original muestra niveles aceptables para cada subescala con un alfa de Cronbach de 0.88 para ideología de salud mental; 0.80 para restricción social; 0.76 para benevolencia; y 0.68 para autoritarismo” (Taylor & Dear, 1981 citado por Grandón et al., 2016).

Cada área está constituida por 10 enunciados sobre las afirmaciones u opiniones con respecto a la manera de relacionarse y atender a una persona con un trastorno mental. Cabe mencionar que, cinco de los 10 enunciados están escritos de manera positiva, y, por otro lado, los cinco restantes están representados de manera negativa. “La puntuación de cada subescala resultará de sumar los ítems positivos con la inversa de los ítems negativos” (Balayo, 2019, p. 22).

Según Baptista, Fernández, Hernández (2014) informan que la descripción del estudio descriptivo “Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p. 92). La investigación se basó en el análisis estadístico descriptivo, por lo cual, se realizó un análisis con la demostración del estadígrafo de dispersión, en la cual, se demostrará cuántos niños y niñas con discapacidad

psicosocial se encuentran en acogimiento institucional y cuántos de ellos son tomados en cuenta para realizar un acogimiento familiar. Esta información se recolectó de manera retrospectiva, ya que, se tomó datos desde hace 5 años a través de la base de datos del Sistema Ariel de Aldeas Infantiles SOS, organización no gubernamental.

El sistema Ariel fue creado a través de la empresa de desarrollo de Software llamada “Ariel Informática”. “Un sistema de monitoreo de procesos de protección y restitución de derechos para niños, niñas y adolescentes” (Aldeas Infantiles SOS, 2021). Este sistema está en marcha desde hace 8 años atrás y lo maneja el equipo técnico de acogimiento institucional, de esta manera, toda la organización cuenta con información de cada niño, niña y adolescente, teniendo acceso a los criterios y alertas sobre la situación emocional, familiar y comportamental de cada menor.

Por otro lado, se administró el test de normalidad de Shapiro-Wilk en el software Jamovi, donde se analizó la distribución de los resultados del Cuestionario CAMI aplicado a 37 personas pertenecientes a las familias postulantes acogientes sobre el estigma y el conocimiento sobre la discapacidad psicosocial que presentan las familias acogientes y la disposición de realizar un acogimiento familiar con una niña o un niño con discapacidad psicosocial. “La prueba de normalidad de Shapiro-Wilk es aplicable cuando se analizan muestras compuestas por menos de 50 elementos (muestras pequeñas)” (Parada, 2019).

Por lo cual, es importante realizar un análisis de variables para observar si existe un análisis significativo con las mismas, por lo que se utilizó dos matrices de asociación, específicamente de Pearson y Spearman. “El coeficiente de correlación de Pearson es una medida considerablemente utilizada en diversas áreas del quehacer científico, desde estudios técnicos, econométricos o de ingeniería; hasta investigaciones relacionadas con las ciencias sociales, del comportamiento o de la salud” (Hernández et al., 2018, p. 588). Por otro lado, se utiliza la correlación de Spearman cuando las variables no manifiestan una distribución normal, por lo cual, se utiliza la prueba de Spearman. (Camacho, 2008).

Hernández – Sampieri y Mendoza (2018) afirman que “En un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de cuestiones (que, recordemos, denominamos variables) y después recaba información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo)” (p. 108). En esta investigación se utilizó el coeficiente correlacional de Pearson para medir y describir los resultados de las variables de “autoritarismo” e “ideología de salud mental”, ya que, son subescalas pertenecientes al cuestionario CAMI aplicado como herramienta de recolección de datos.

Es relevante aclarar que no se realizó un estudio correlacional entre las causas que genera una mayor ideología de salud mental o de autoritarismo, tampoco se elaboró la correlación de género y rango de edad sobre dichas variables, el estudio se limitó a describir los resultados obtenidos. La matriz de correlación de Pearson es una herramienta estadística que se emplea con frecuencia en estudios descriptivos y análisis multivariados con el objetivo de

evaluar la relación lineal entre dos o más variables. (Field, 2018). Por otro lado, la matriz de correlación de Spearman es una herramienta estadística adecuada para estudios descriptivos y análisis multivariados, especialmente cuando se trabaja con variables que no cumplen con los supuestos de normalidad de la matriz de correlación de Pearson. (Vizuite – López et al., 2021). Esta técnica es particularmente útil en estudios de ciencias sociales y de la salud, donde las variables pueden no seguir una distribución normal.

Es importante recalcar que, el estudio es de carácter no experimental, debido a que no se manipula de manera directa las variables de estudio, el ambiente o factores que puedan modificar la respuesta de los participantes. El corte del análisis investigativo es transversal, ya que, se pretende averiguar la incidencia de niños y niñas tienen discapacidad psicosocial en acogimiento institucional de Aldeas Infantiles SOS, cuántos padres y madres temporales tienen dificultad en amparar a un niño o niña con discapacidad psicosocial. Para Baptista, Fernández, Hernández (2014) aseguran que el diseño transeccional descriptivo “tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (p. 155).

Como resultado del estudio, se realizó una propuesta psicoeducativa sobre la discapacidad psicosocial dirigida a las familias temporales, encaminada al abordaje y el tratamiento psicosocial adecuado de niños y niñas con dicha condición, y así, incrementar el acogimiento familiar y contar con familias capacitadas y sensibilizadas sobre la temática, para que las niñas y los niños que se

encuentran institucionalizados puedan tener un desarrollo pleno en un entorno familiar.

Unidad de análisis y observación: conformada por padres y madres de 30 a 55 años que postularon al servicio de acogimiento familiar en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil durante julio 2022 hasta octubre 2022.

Universo: 37 personas que se postulan para acoger un niño o niña en Guayaquil en Aldeas Infantiles SOS.

Muestra: el tipo de muestra es intencional o por conveniencia, debido a que se trabajará con 37 padres y madres temporales de Aldeas Infantiles SOS.

Criterios de inclusión

- ❖ Padres y madres entre 30 a 55 años, inscritos en el banco de familias acogientes de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.
- ❖ Padres y madres entre 30 a 55 años que conforman una familia monoparental.
- ❖ Familias nucleares y monoparentales funcionales.
- ❖ Nivel socioeconómico medio – alto.
- ❖ Nivel de instrucción superior.
- ❖ Madres y padres regulares.

Criterios de exclusión

- ❖ Familias que tengan más de 2 hijos.
- ❖ Padres y madres con presencia de enfermedad catastrófica.

- ❖ Familias que tengan hijo(s) con discapacidad.

Variables independientes:

- Estigma cultural de la discapacidad psicosocial.
- Desconocimiento de los padres temporales sobre la discapacidad psicosocial.

Variables dependientes:

- Abandono familiar de niños y niñas entre 5 a 11 años con discapacidad psicosocial.
- Institucionalización de largo plazo de niños y niñas entre 5 a 11 años con discapacidad psicosocial.

Plan de análisis: se basa en la estadística descriptiva, se aplicaron encuestas y se correlacionó la información de la base de información de datos del sistema Ariel de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil con el software Jamovi.

- Nivel de desconocimiento de padres y madres sobre el trato a niños/as con discapacidad psicosocial por medio de la aplicación del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI).
- Frecuencia de niños con discapacidad psicosocial que no son acogidos por familias y que tienen un acogimiento institucional prolongado a través del análisis del gráfico de dispersión.

Recolección de datos

- Encuesta sobre Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI) desde el mes de agosto hasta octubre del 2022, se aplicó la encuesta a las familias postulantes que desean ser parte del servicio de acogimiento familiar y se procesó la información a través del software Jamovi para conocer el nivel de estigma por las familias acogientes hacia los niños con discapacidad psicosocial.
- SIIMIES: sistema del MIES, donde están registrados los niños, niñas y adolescentes que cuentan con una medida legal de acogimiento institucional dentro de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil.
- Sistema Ariel - Base de datos de Aldeas Infantiles SOS: se recolectó información de la base de datos de Aldeas Infantiles SOS desde hace 5 años hasta la actualidad, para corroborar cuántos niños con discapacidad psicosocial han tenido la oportunidad de vincularse a adopción o a acogimiento familiar.

7. Resultados y discusión

Para el estudio, se realizó una reunión con la dirección del programa Guayaquil, quien otorgó la autorización al acceso de los datos de los niños que están en el servicio de acogimiento institucional de Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil. Cabe recalcar que la autora pertenece al área de psicología del equipo de acogimiento familiar de Aldeas Infantiles SOS, por lo cual, se recopiló la información a través del Sistema Integrado de Información del Ministerio de Inclusión Económica y Social (SIIMIES), donde se encuentran registrados 38 niños, niñas y adolescentes en la modalidad anteriormente mencionada, con fecha de corte octubre 2022.

Con respecto a los datos recolectados sobre los niños y las niñas que comprenden la edad de 5 a 11 años, el resultado es la cantidad de 16 niñas y 13 niños, dando una totalidad de 29 usuarios en ese rango de edad. Por otro lado, los datos fueron examinados de manera retrospectiva a lo largo de 5 años (2017 – 2022) en el sistema Ariel, el cual custodia el equipo técnico de acogimiento institucional, se registraron cuatro niños y una niña con discapacidad psicosocial en el intervalo de edad de 8 a 11 años al momento de ingreso en la modalidad de acogimiento institucional, dando una totalidad de cinco personas, lo cual, corresponde al 17,24% de la muestra en Aldeas Infantiles SOS en el programa de Guayaquil. Cabe mencionar que, ninguno de los menores con dicho diagnóstico ha tenido el acceso a una familia, por lo que, actualmente, siguen en acogimiento institucional (tabla 2).

Tabla 2

Datos de los niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional de Aldeas

Infantiles SOS en Guayaquil

Niño	Edad del niño al ingreso de acogimiento institucional	Año de ingreso	Tiempo de acogimiento institucional
A	8 años	2018	4 años
B	9 años	2017	5 años
C	10 años	2017	5 años
D	11 años	2016	6 años
E	11 años	2016	6 años

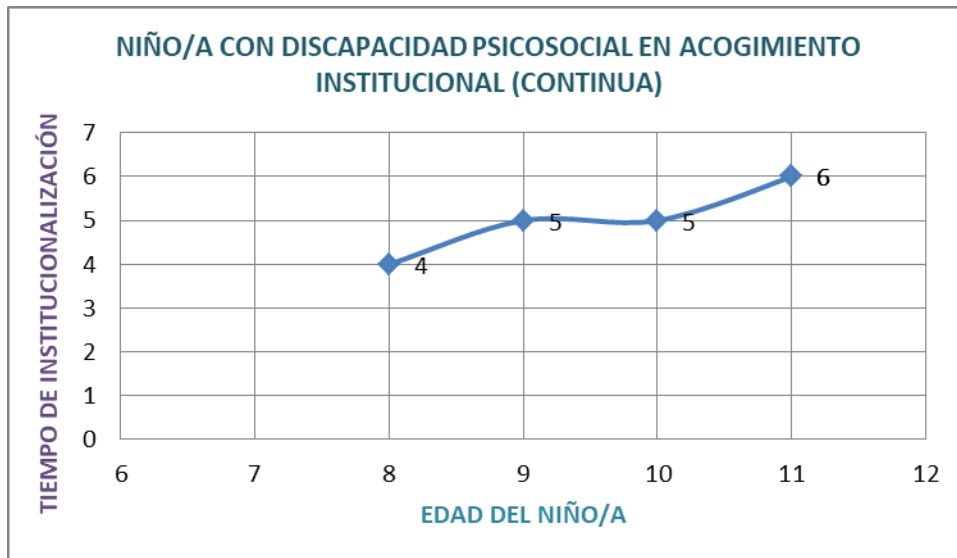
Nota. Esta tabla muestra los datos obtenidos a través del sistema de registro “Ariel”, en donde, por protección infantil de los datos de los 5 niños, se coloca un código (una letra) como representación de cada niño para ubicar la edad en la que ingresaron al servicio de acogimiento institucional y el tiempo que corresponde a la estadía de acogimiento institucional.

Por otro lado, se observa que no hay egresos de acogimiento institucional con respecto a los niños con discapacidad psicosocial, por lo que, en el año 2016 hubo 2 ingresos de dos niños, en el 2017 hubo 2 ingresos más, por lo cual, en el 2017 hubo un aumento progresivo sobre la cantidad de niños con esta condición, por último, en el 2018 ingresó un niño más. Por lo tanto, aunque son una cantidad mínima de 5 niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional, se evidencia que no tienen una red de apoyo familiar.

Gráfico 1

Datos de los niños con discapacidad psicosocial en acogimiento institucional de Aldeas

Infantiles SOS en Guayaquil



En el gráfico 1, los datos están demostrados a través del estadígrafo de dispersión mediante el software excel, lo cual, se puede observar que, los niños con discapacidad psicosocial están institucionalizados por más de 3 años, es decir, ingresan a la categoría de **acogimiento institucional prolongado**, y además, se demuestra que, mediante transcurra la edad, hay mayor probabilidad que los niños con discapacidad psicosocial permanezcan dentro de la institucionalización prolongada, lo cual, no facilita el acceso a gozar de una familia, ya que, no solamente transcurre el tiempo en la modalidad de acogimiento familiar, sino también, aumenta la edad de las niñas y niños y esto es un elemento determinante que las familias toman en cuenta para acceder a una adopción o acogimiento familiar.

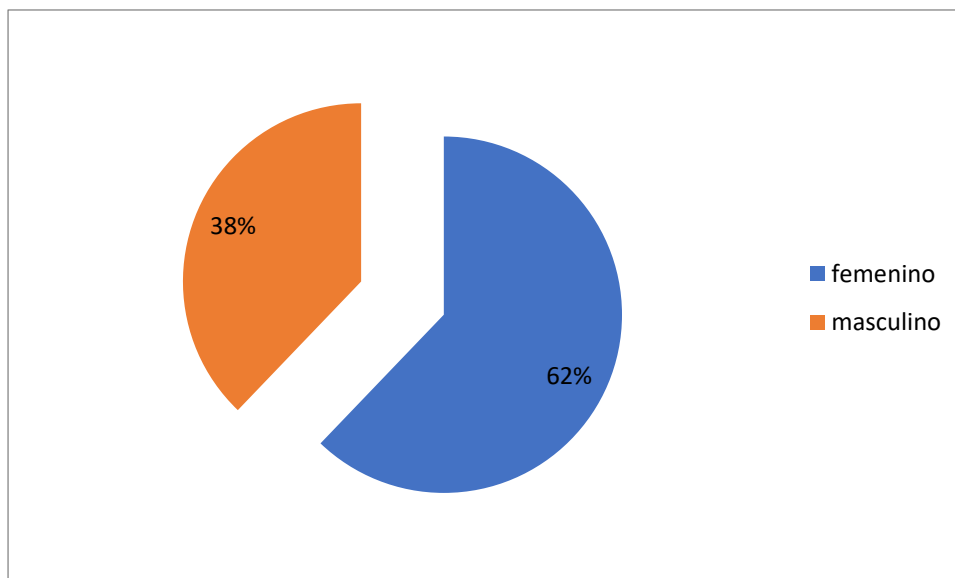
Por otro lado, se realizó la aplicación del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI) a las familias acogientes postulantes que están dentro del proceso de calificación en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil. La encuesta

fue aplicada de manera digital por la plataforma Google Forms desde el mes de septiembre hasta el mes de noviembre del 2022, según el número de postulaciones de las familias acogientes. La duración de la encuesta fue de 10 minutos aproximadamente por persona, el tipo de administración fue autoaplicada y anónima, con el objetivo de identificar el impacto familiar y social creado por los distintos pensamientos y actitudes acerca de la discapacidad psicosocial.

En este análisis se contó con la participación de 37 personas, quienes se encuentran realizando el proceso de calificación para ser parte del servicio de acogimiento familiar; siendo el 62% de la muestra correspondiente a 23 mujeres y el 38% conformado por 14 hombres (gráfico 2).

Gráfico 2

Análisis según el sexo de los participantes

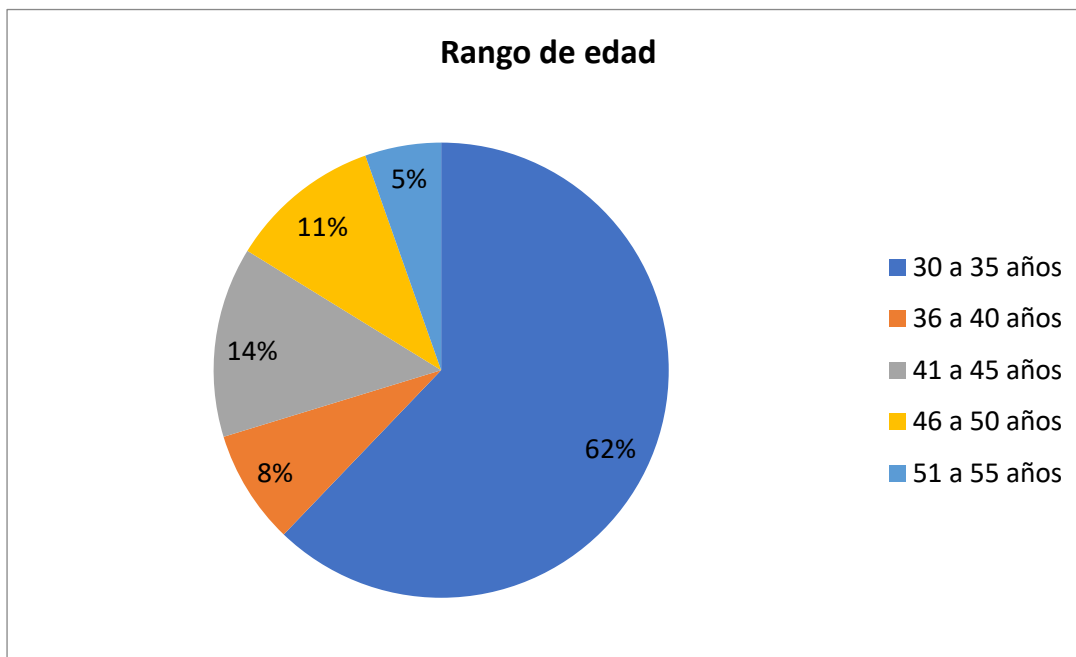


En relación con las variables de la edad, se realizó 5 grupos de los intervalos de edad, en el cual, el primer grupo consiste de 23 personas desde los 30 a 35 años, el segundo grupo

conforman 3 personas desde los 36 a 40 años, el tercer grupo comprende de 5 personas entre 41 a 45 años, el cuarto grupo contiene 4 personas de 46 a 50 años y, por último, el quinto grupo está conformado por 2 personas de 51 a 55 años (gráfico 3).

Gráfico 3

Rango de edad de las familias acogientes



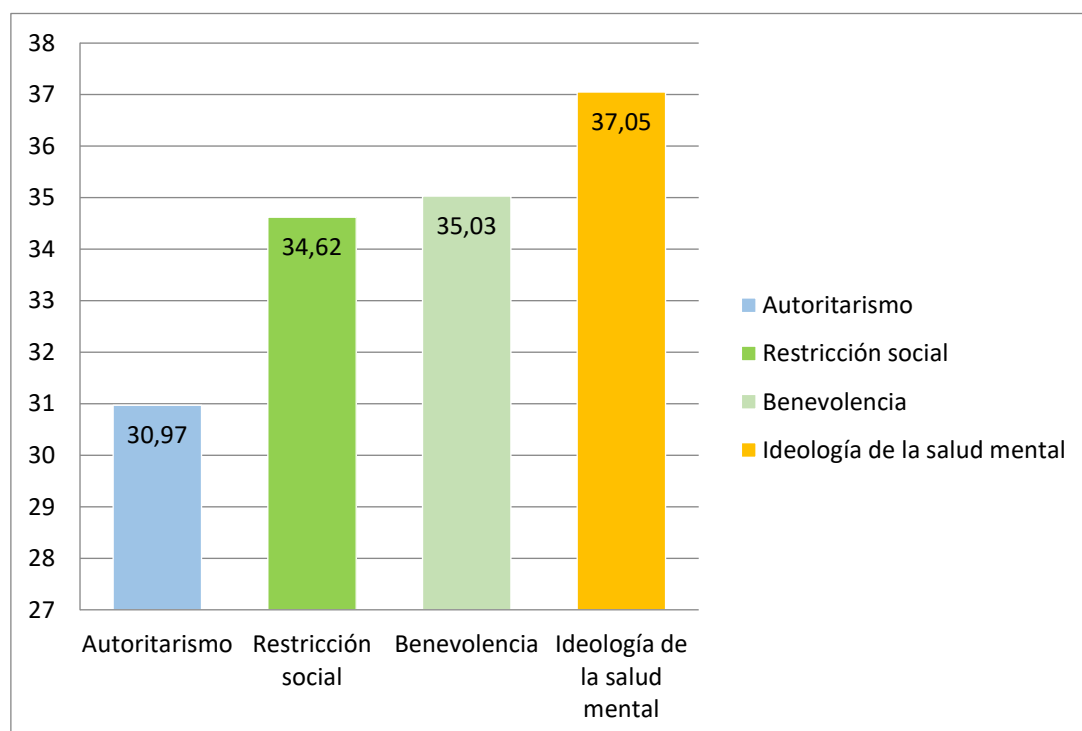
Se puede observar que el 62% de la población comprende la edad de 30 a 35 años de edad, por otro lado, el 14% corresponde a la edad de 41 a 45 años, y el grupo con menor participantes es el del intervalo de edad de 51 a 55 años correspondiente al 5% de la población de familias postulantes acogientes.

En cuanto a la administración del cuestionario, se consideró un intervalo de tiempo de dos meses, comunicando a las personas que sus respuestas serían completamente evaluadas de manera confidencial, con el motivo de recaudar información con un objetivo estadístico para la investigación pertinente.

Una vez que se completó la aplicación a las 37 personas que conformaron en el transcurso de calificación como familias postulantes acogientes, se clasificaron las preguntas o ítems según las 4 áreas. En primer lugar, el autoritarismo, está compuesta por los ítems positivos 5, 13, 21, 29 y 37 siendo los ítems negativos 1, 9, 17, 25 y 33 (anexo 3). El área de benevolencia evalúa los ítems positivos 2, 10, 18, 22 y 34, y los ítems negativos son 6, 14, 26, 30 y 38 (anexo 4). Por otro lado, la restricción social está conformada por los ítems positivos 7, 15, 23, 31 y 39, y por los ítems negativos 3, 11, 19, 27 y 35 (anexo 5). Por último, la ideología de salud mental se compone por los ítems positivos 4, 12, 20, 28 y 36, y los ítems negativos 8, 16, 24, 32 y 40 (anexo 6).

Gráfico 4

Promedio general por áreas del Cuestionario CAMI



En el estudio, se analizó el promedio general de los 37 participantes sobre cada una de las 4 áreas, la interpretación corresponde según la puntuación valorada de la actitud

frente a los ítems, por lo que, el puntaje es de la siguiente manera: de 10 a 29 puntos una actitud negativa, 30 a 39 puntos una actitud neutral y 40 a 50 puntos una actitud positiva frente a la valoración de cada área.

El área de la ideología de la salud mental tiene un promedio de 37,05 sobre 50 puntos, siendo el puntaje más alto del resto de las subescalas, dando como resultado una actitud neutral, por otro lado, la restricción social presenta un promedio de 34,62 y la benevolencia un resultado promedio de 35,03 sobre 50 puntos, lo que indica que ambas áreas tienen un valor medio en la escala de actitud neutral.

Por otra parte, el autoritarismo tiene el menor puntaje a comparación a las otras áreas evaluadas, obteniendo una puntuación de 30,97 sobre 50 puntos. Por consiguiente, las 4 áreas del CAMI se interpreta que, de manera general, los participantes mostraron una actitud neutral con las personas que tienen discapacidad psicosocial (gráfico 4), sin embargo, el promedio del resultado de la inversa del ítem n°19 *“No me gustaría vivir con una persona que padece una enfermedad mental”* es de 2,43 según la escala de Likert y con respecto al análisis de resultados, mientras menor sea el puntaje, mayor es el estigma, lo cual, se interpreta como una actitud negativa en relación a convivir con alguien que presente una enfermedad mental, lo que representaría el estigma familiar, por lo que no están prestos a entablar una convivencia con una persona con discapacidad psicosocial. Por lo tanto, se observa que las familias acogientes manifiestan una restricción al momento de decidir acoger a un niño o niña con discapacidad psicosocial, y esto se observa con los datos obtenidos de la “Tabla 2”, ya que, los niños que presentan discapacidad psicosocial que están en acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en el programa Guayaquil no

han accedido aún a la adopción, acogimiento familiar o custodia familiar y se demostró que su tiempo de estadía es de una institucionalización prolongada.

A continuación, se aplicó el software “Jamovi” para el análisis de la distribución de los resultados según la valoración de cada área (tabla 3), se subió la matriz de la base de datos realizada en Excel del CAMI para el análisis de la variación de los resultados.

Tabla 3

Evaluación por área del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI)

Descriptivas

	AUTORITARISMO	RESTRICCIÓN SOCIAL	BENEVOLENCIA	IDEOLOGÍA SALUD MENTAL
N	37	37	37	37
Perdidos	0	0	0	0
Media	31.0	34.6	35.0	37.1
Mediana	31	36	36	38
Desviación estándar	2.85	5.52	4.11	5.70
Mínimo	25	19	21	21
Máximo	37	44	41	47
W de Shapiro-Wilk	0.976	0.934	0.861	0.949
Valor p de Shapiro-Wilk	0.590	0.030	< .001	0.089

Nota. El valor-p para la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk es menor 5% en 2 áreas: restricción social y benevolencia, lo cual sugiere que los datos no siguen una distribución normal, por lo que, se utilizó el coeficiente de Spearman para la descripción de esas dos variables. Por otro lado, los datos de las variables de autoritarismo e ideología de salud

mental siguen una distribución normal, ya que el valor-p de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk es mayor a 5%, por lo que se aplicó el coeficiente de Pearson para el análisis de dichas variables.

Tabla 4

Matriz de correlación Pearson: autoritarismo e ideología salud mental

Matriz de Correlaciones

		AUTORITARISMO	IDEOLOGIA SALUD MENTAL
AUTORITARISMO	R de Pearson	—	
	valor p	—	
IDEOLOGIA SALUD MENTAL	R de Pearson	0.764 ***	—
	valor p	< .001	—

Como primer resultado, se evidencia una alta correlación positiva entre el autoritarismo y la ideología de salud mental, tomando en consideración la interpretación de las áreas o subescalas del CAMI, un mayor puntaje en la dimensión implica que hay una buena actitud, es decir, entre más una persona tenga conocimiento sobre salud mental, mayor será su perspectiva ante la relación por igual con una persona con discapacidad.

Tabla 5

Matriz de correlación Spearman: restricción social y benevolencia

Matriz de Correlaciones

		RESTRICCION SOCIAL	BENEVOLENCIA
RESTRICCION SOCIAL	Rho de Spearman	—	
	valor p	—	
BENEVOLENCIA	Rho de Spearman	0.625 ***	—
	valor p	< .001	—

En la misma línea se evidencia un análisis positivo entre la restricción social y la benevolencia lo que sugiere que los participantes del estudio que no consideran que los sujetos con discapacidad psicosocial sean una amenaza, igual muestran una mejor actitud de acogida hacia personas con dicha discapacidad. Estos resultados también son estadísticamente significativos (valor- $p < 0.01$).

El CAMI se evidenció como una herramienta sencilla y comprensible para las familias postulantes acogientes que participaron como muestra en la recolección de información, de tal manera, es un instrumento confiable y útil para valorar el estigma sociocultural hacia las personas con discapacidad psicosocial. En los resultados se obtiene que hay una actitud neutral con respecto al estigma cultural, sin embargo, no se refleja un valor significativo en relación con el conocimiento de la familia, por lo que, aún falta por fortalecer dicha área.

Por otro lado, es importante recalcar que, al no tener una actitud negativa con las áreas analizadas, se puede obtener un cambio de perspectiva sobre la discapacidad psicosocial al momento de trabajar con las familias acogientes para que puedan acceder al acogimiento familiar con un niño o niña que presente dicha condición. Con respecto al resultado observado en las tablas de análisis de datos, es posible notar que las variables se asocian con un nivel de significancia alto, lo que demuestra que el ajuste de los datos tiene una pendiente positiva evidenciando covarianzas positivas entre todas las variables de estudio.

Varios estudios han utilizado el CAMI para evaluar las actitudes de la comunidad hacia las personas con enfermedad mental en diferentes contextos. Por ejemplo, un estudio realizado por García-Sánchez y colegas en 2018 en España, encontró que la escala de ideología de salud mental era la más alta, seguida de la escala de

benevolencia, mientras que la escala de autoridad era la más baja. Esto sugiere que la comunidad española tiene una actitud más positiva hacia las personas con enfermedad mental en términos de aceptación y compasión, pero que aún existe una percepción de que necesitan ser controladas.

Un estudio más reciente realizado por Vilaplana y colegas en 2021 en España utilizó el CAMI para evaluar las actitudes de los miembros de la familia de personas con trastornos mentales graves. Los resultados mostraron que los miembros de la familia tenían actitudes más positivas hacia las personas con enfermedad mental que la población general, pero que aún existían actitudes negativas en algunas áreas, como la percepción de que las personas con enfermedad mental son impredecibles.

Estos estudios sugieren que las familias de personas con enfermedad mental tienen actitudes más positivas hacia las personas con enfermedad mental que la población general, pero que aún existen actitudes negativas en algunas áreas. Es importante destacar que las actitudes de las familias pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, por lo que es importante seguir investigando este tema y desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar las actitudes de las familias hacia las personas con enfermedad mental.

Por otra parte, existen diferentes trabajos de investigación sobre el estigma de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años que se puede analizar. "El estigma hacia la discapacidad mental en la infancia: una revisión sistemática" de Lucía García-Sánchez y colegas, publicado en la Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes en 2018. Esta investigación revisa sistemáticamente la literatura científica

sobre el estigma de la discapacidad mental en la infancia y señala que el estigma se presenta en diferentes ámbitos, como el escolar, el social y el familiar. Además, sugiere que la educación y la sensibilización son estrategias clave para abordar el estigma.

También, otro trabajo de investigación es el "Estigma social y discriminación hacia la población infantil con trastornos mentales: Revisión sistemática" de Lina María Ruiz-García y colegas, publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría en 2020. Este estudio revisa sistemáticamente la literatura sobre el estigma social y la discriminación hacia la población infantil con trastornos mentales en Colombia. Los resultados indican que el estigma y la discriminación son barreras importantes para el acceso a servicios de salud mental y educación inclusiva. Se enfatiza en la necesidad de implementar programas de prevención y tratamiento del estigma.

Ambos estudios están relacionados en torno a proponer programas de prevención y sensibilización ante el estigma que viven muchos niños con discapacidad psicosocial. También, hacen énfasis en la discriminación que pasan los niños con esta condición, esto se puede relacionar al presente trabajo de investigación, ya que, como resultado se evidenció que las familias acogientes no desean acoger a un niño con discapacidad psicosocial.

En general, estos estudios destacan la importancia de abordar el estigma de la discapacidad psicosocial en niños a través de estrategias educativas y sociales. Además, señalan que la sensibilización y la educación son estrategias clave para abordar el estigma y promover la inclusión social de los niños con discapacidad psicosocial.

8. Propuesta psicoeducativa para el cuidado en el acogimiento familiar

La investigación está enfocada en el diseño de una propuesta de intervención psicológica y educativa dirigida a las familias postulantes acogientes, con el objetivo de sensibilizar y transmitir una nueva perspectiva acerca de la discapacidad psicosocial. La propuesta está dirigida a las familias postulantes acogientes, contiene un conjunto de herramientas y técnicas psicológicas, el cual implementará el equipo técnico de acogimiento familiar al término del proceso de calificación de las familias postulantes, es decir, luego del tiempo estimado (3 meses) para tener un resultado de cuáles son las familias idóneas para ser familias acogientes, el equipo técnico implementará una nueva fase dentro de las capacitaciones, esta será la propuesta psicoeducativa para promover el acogimiento de niños y niñas con discapacidad psicosocial.

Esta propuesta psicoeducativa tendrá una duración de 5 semanas, contando con dos sesiones semanales, con un tiempo estimado de dos horas por sesión, es decir, en total se abarcarán 20 horas de capacitación en un lapso de 10 sesiones, las cuales podrían ser en la modalidad presencial o virtual, ya que, de igual manera, se contará con Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como método de aplicación. Es recomendable que, por cuestión de disponibilidad de tiempo de las familias, estas sesiones sean administradas con flexibilidad, es decir, una sesión podría implementarse en un día hábil fuera del horario laboral y la segunda sesión podría realizarse un día del fin de semana, propiciando también un espacio de reflexión para las familias acerca de los temas trabajados.

Para el desarrollo de esta propuesta se tiene en cuenta tres dimensiones:

- D1: Mitos vs realidad de la discapacidad psicosocial.
- D2: Intervención en crisis.
- D3: Intervención Relacional Basada en la Confianza.

8.1 D1: Mitos vs Realidad de la discapacidad psicosocial

En este primer nivel, se pretende erradicar el estigma sociocultural y el tabú que puedan presentar las familias acerca de la discapacidad psicosocial, ya que es importante que las personas con esta condición no sean tomadas como objetos de cuidado, sino como sujetos de derechos. De tal manera, en esta primera sesión, se recolectará todas las creencias y pensamientos de las familias postulantes acogientes sobre lo que para ellos es la discapacidad psicosocial y trastorno mental, posteriormente, se propondrá una técnica de simulación de una situación cotidiana con la discapacidad psicosocial.

La técnica de simulación será con el objetivo de sensibilizar al grupo acerca de la dificultad que pueden tener las personas con discapacidad psicosocial para comunicarse y relacionarse socialmente. Para ello, se podría proponer la siguiente simulación: se divide el grupo en parejas, se pide a una persona de cada pareja que se ponga un tapabocas y tapones para los oídos, estos elementos simbolizarán una discapacidad en la comunicación, ya que dificultan la capacidad para escuchar y hablar con claridad.

Luego, se pedirá a la otra persona de cada pareja que intente comunicarse con su compañero que lleva puesto el tapabocas y los tapones para los oídos. En esta dinámica, se

establece un tiempo límite para que las parejas puedan comunicarse, puede ser de uno o dos minutos. Después del tiempo establecido, se invita a realizar una reflexión grupal sobre las dificultades que se han presentado y cómo se han sentido las personas que llevaban los tapones y el tapabocas.

Con esta simulación, se puede generar empatía hacia las personas con discapacidad psicosocial que tienen dificultades para comunicarse y relacionarse socialmente. Además, permite que los participantes experimenten en primera persona cómo esas dificultades pueden afectar su calidad de vida. Esta dinámica también puede ser una oportunidad para que los participantes reflexionen sobre la importancia de la comunicación y la necesidad de crear entornos más inclusivos y accesibles para todas las personas.

Posteriormente, el área de psicología del equipo técnico de acogimiento familiar abordará cada creencia y pensamiento desde el apoyo de la metodología propuesta en el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, por lo que, se trata de inculcar a las familias un verdadero aprendizaje sobre las alteraciones que un individuo puede sufrir a nivel psicológico.

En la sesión n°1, se puntualizará sobre lo que es la discapacidad psicosocial y enlistar los trastornos que comprende esta discapacidad. Por último, se pedirá a cada participante que escriba sobre lo que más le ha resonado en cuestión a la discapacidad psicosocial y qué aprendizaje nuevo se lleva consigo.

Tabla 6

Sesión N°1

Sesión N°1	
Objetivo:	Recolectar creencias y tabúes sobre la discapacidad psicosocial y promover una mayor comprensión sobre la condición a tratar desde la perspectiva teórica.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Creencias, pensamientos y tabúes sobre la discapacidad psicosocial.2. Técnica de sensibilización y reflexión.3. Socialización sobre lo que es la discapacidad psicosocial a través de la perspectiva teórica del Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente.4. Espacio de nuevos aprendizajes.

Por otro lado, desde la segunda hasta la sexta sesión, se trata de reforzar el conocimiento a las familias y realizar el énfasis en que la discapacidad psicosocial no es un trastorno en sí mismo, sino que se refiere a las limitaciones en el funcionamiento social y emocional de una persona debido a problemas de salud mental. En cada sesión (N°2 – N°6) se seleccionará solamente una condición de salud mental para brindar la mayor información posible y responder las dudas que surjan en las familias acogientes. Cabe recalcar que, los trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años pueden incluir:

1. Trastorno del espectro autista: se caracterizan por dificultades en la comunicación y las interacciones sociales, así como por patrones de comportamiento repetitivos y restrictivos.

2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): se caracteriza por la falta de atención, presencia de hiperactividad y la impulsividad, lo que puede afectar la capacidad del niño para funcionar en la escuela y en las relaciones interpersonales.
3. Trastornos del aprendizaje: estos trastornos pueden incluir dificultades en la lectura, la escritura o las matemáticas, lo que puede afectar el rendimiento académico y la autoestima del niño.
4. Trastornos del estado de ánimo: estos trastornos pueden incluir la depresión infantil, la ansiedad y los trastornos bipolares, y pueden afectar el estado de ánimo y las relaciones interpersonales del niño.
5. Trastornos de conducta: estos trastornos pueden incluir comportamientos desafiantes y agresivos, lo que puede afectar la capacidad del niño para relacionarse con los demás y funcionar en la escuela.

Es importante tener en cuenta que cada niño es único y puede experimentar estos trastornos de manera diferente, lo que puede afectar su nivel de discapacidad psicosocial. El diagnóstico y tratamiento adecuado pueden ayudar a los niños a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida, por lo cual, luego de cada explicación teórica, se pretende compartir la historia de vida de niños con discapacidad psicosocial dentro de un entorno familiar y los avances en el desarrollo que puede obtener un niño con esta condición.

Tabla 7

Sesión N°2

Sesión N°2	
Objetivo:	Informar sobre los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años y conocer cómo se desarrollan los niños con esta condición en un entorno familiar e identificar los avances del desarrollo.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Marco teórico sobre el trastorno del espectro autista.2. Espacio para preguntas y dudas sobre el trastorno del espectro autista.3. Demostración de un caso basado en la vida real sobre un niño con esta condición y su desarrollo en el entorno familiar a través de un video.4. Espacio para reflexión.

Tabla 8

Sesión N°3

Sesión N°3	
Objetivo:	Informar sobre los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años y conocer cómo se desarrollan los niños con esta condición en un entorno familiar e identificar los avances del desarrollo.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Marco teórico sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.2. Espacio para preguntas y dudas sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.3. Demostración de un caso basado en la vida real sobre un niño con esta condición y su desarrollo en el entorno familiar a través de un video.4. Espacio para reflexión.

Tabla 9

Sesión N°4

Sesión N°4	
Objetivo:	Informar sobre los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años y conocer cómo se desarrollan los niños con esta condición en un entorno familiar e identificar los avances del desarrollo.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Marco teórico sobre el trastorno por trastornos del aprendizaje.2. Espacio para preguntas y dudas sobre el trastorno.3. Demostración de un caso basado en la vida real sobre un niño con esta condición y su desarrollo en el entorno familiar a través de un video.4. Espacio para reflexión.

Tabla 10

Sesión N°5

Sesión N°5	
Objetivo:	Informar sobre los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años y conocer cómo se desarrollan los niños con esta condición en un entorno familiar e identificar los avances del desarrollo.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Marco teórico sobre el trastorno por trastornos del estado de ánimo.2. Espacio para preguntas y dudas sobre el trastorno.3. Demostración de un caso basado en la vida real sobre un niño con esta condición y su desarrollo en el entorno familiar a través de un video.4. Espacio para reflexión.

Tabla 11

Sesión N°6

Sesión N°6	
Objetivo:	Informar sobre los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden ser parte de la discapacidad psicosocial en niños de 5 a 11 años y conocer cómo se desarrollan los niños con esta condición en un entorno familiar e identificar los avances del desarrollo.
Abordaje:	<ol style="list-style-type: none">1. Marco teórico sobre el trastorno de conducta.2. Espacio para preguntas y dudas sobre el trastorno.3. Demostración de un caso basado en la vida real sobre un niño con esta condición y su desarrollo en el entorno familiar a través de un video.4. Espacio para reflexión.

En la sesión N°7, se implementa la participación de personas adultas con discapacidad psicosocial que han podido acceder a una verdadera inclusión en la sociedad, con el objetivo de brindar una charla a las familias postulantes acogientes, demostrando que, con una red de apoyo, sobre todo familiar, se puede vivir plenamente con discapacidad psicosocial y lograr metas a nivel personal. “La interacción en comunidad con personas con trastornos mentales y/o discapacidades psicosociales es una estrategia que se recomienda para reducir el estigma” (Inclusión Global de la Discapacidad, 2021, p. 11).

8.2 D2: Intervención en crisis

En la sesión N°8, tratará sobre el abordaje en una situación de crisis, se plantea enseñar a las familias a identificar una crisis para que puedan intervenir de la forma más adecuada, por lo que, se implementa la práctica de la técnica “desescalada verbal”, la cual

es un recurso estratégico de acercamiento al niño con discapacidad psicosocial que se encuentra agitado por la crisis situacional, por lo que se busca disminuir de manera progresiva el estado de activación o de gravedad. Alutiz (2019) menciona que “se han establecido las medidas no coercitivas como primera línea de acción ante la AP de origen psiquiátrico, medidas entre las que se encuentra la de-escalada verbal, también conocida como contención o desactivación verbal” (p.8).

Por consiguiente, se busca mantener contacto verbal durante la crisis, de tal manera, se reduce la implementación de herramientas de inmovilización física como abordaje de una activación psicomotora. La primera hora de la sesión estará destinada para comprender la técnica y la segunda hora de la sesión, las familias resolverán un caso ejemplar con la intervención de la técnica. De esta manera, las familias acogientes se preparan para poder contener una situación de crisis.

8.3 D3: Intervención Relacional Basada en la Confianza

Es importante tener en cuenta que los niños con discapacidad psicosocial no solamente lidian con su diagnóstico, ya que, la población pensada para realizar un acogimiento familiar, ha pasado por vulneración de sus derechos, debido a ese motivo, los niños y niñas ubicados en acogimiento institucional con una medida legal otorgada por la autoridad competente, por lo que, es relevante pensar en una estrategia para poder intervenir frente a casos que han experimentado negligencia, abuso, y/o trauma durante su infancia. Por tal motivo, en la sesión N° 9 se piensa implementar la técnica de Intervención Relacional Basada en la Confianza (TBRI) en esta propuesta.

TBRI es la sigla de Trust-Based Relational Intervention (Intervención Relacional Basada en la Confianza). Se enfoca en la observación del niño, la niña o el adolescente de

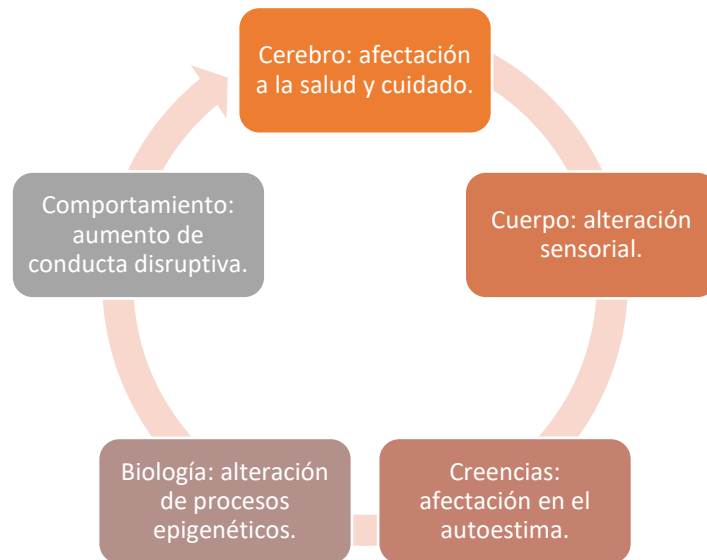
manera integral, y busca producir una conexión por medio de la confianza para suplir las necesidades del niño, la niña o el adolescente. Lo anterior, demostrándole atención, seguridad y estabilidad, acciones indispensables para su desarrollo y su proyecto de vida. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2021, p. 7)

Las estrategias que establece TBRI está direccionado para el cuidado de las personas del sistema de protección, es decir, TBRI se ha implementado con el objetivo de realizar una mejor intervención en la atención de niños, niñas y adolescentes que ingresan a adopción o acogimiento familiar. “Durante los últimos 15 años, la investigación llevada a cabo por el Instituto de Desarrollo Infantil Karyn Purvis ha ampliado nuestra comprensión de las complejas necesidades de los niños que han experimentado abuso, negligencia y/o trauma” (Karyn Purvis Institute of Child Development, 2022).

Uno de los artículos de investigación de TBRI, demostró una mejoría significativa en el funcionamiento de los niños adoptivos, los evaluaron con la Escala Breve de Clasificación Psiquiátrica Para Niños y notaron que disminuyó significativamente los niveles de síntomas psicopatológicos basados en La Escala De Evaluación Mundial Para Niños. (Howard et al., 2015). Este método plantea en la intervención en las 5 áreas afectadas a causa del trauma: cerebro, cuerpo, creencias, biología, comportamiento (gráfico 5).

Gráfico 5

Efectos del trauma en diferentes áreas según TBRI



El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2021) menciona que “la doctora Karyn Purvis resume los efectos del trauma planteado las “Cinco Bs del trauma por sus siglas en inglés” (p. 7), las cuales son:

1. Cerebro: la vida de los niños y su sistema nervioso central se ve afectada por el trauma (de muchas maneras, que incluye dificultades en la salud a largo plazo y su habilidad para brindar cuidado a otros).
2. Cuerpo: la experiencia sensorial del mundo y del cuerpo mismo se ven afectadas por el trauma debido a las alteraciones que provoca.
3. Creencias: las creencias y disposiciones sobre uno mismo, la autoconciencia, la autorregulación y la autoestima se ven afectadas por el trauma.
4. Biología: la biología se ve afectada por el trauma al alterar los procesos epigenéticos que pueden tener efectos duraderos en el desarrollo individual e intergeracional.

5. Comportamiento: la conducta de los niños es afectada significativamente por el trauma de muchas maneras, lo que conduce a que los niños reciban múltiples comorbilidades, que puede incluir ansiedad, depresión, trastorno de oposición desafiante, trastorno reactivo del apego, TDAH y PTSD.

“TBRI® contempla tres principios de interacción: principio de conexión, principio de empoderamiento y principio de corrección” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2021, p.15). La conexión tiene como objetivo la creación de vínculos sanos, se superan los miedos, se genera confianza y se facilita el aprendizaje, provocando que los niños y adolescentes se sientan valorados, cuidados y principalmente conectados. Por este motivo, en la última sesión, es decir, la sesión N°10, se implementará los principios del TBRI.

En cuanto a las modalidades de protección, se debe restaurar la confianza y brindar seguridad a las poblaciones beneficiarias, ya que las violaciones o amenazas a sus derechos generan incertidumbre para los niños, niñas y adolescentes, pérdida de esperanza para los adultos y ruptura total de la confianza en ambos grupos.

Los principios de empoderamiento fomentan el aprendizaje y la regulación al satisfacer las necesidades físicas y ambientales. El principio tiene como objetivo preparar el cuerpo para el éxito, también fomenta el desarrollo del potencial de un niño o adolescente, a medida que descubren en qué habilidades sobresalen. Además, los motiva a convertirse en líderes autorreguladores de su propio desarrollo.

El principio de corrección utiliza modelos, enfoques y estrategias para beneficiar a los niños y adolescentes a sentirse seguros, conectados y empoderados, busca

enseñar a los niños y adolescentes mecanismos de afrontamiento saludables para las interacciones y necesidades cotidianas. El objetivo final de este principio es ayudar a los niños y adolescentes a convertirse en adultos exitosos y fomentar la comprensión de cómo sus acciones afectan a las personas que los rodean.

9. Conclusiones

En conclusión, el tipo de estigma y tabú sobre discapacidad psicosocial que se evidenció en este estudio fue el estigma familiar, debido a que, en la recolección de datos con las pruebas estandarizadas se identificó que las familias acogientes no desean acoger y vivir con una persona con discapacidad psicosocial.

Por otro lado, los niños con discapacidad psicosocial que tienen una medida legal de acogimiento institucional en Aldeas Infantiles SOS en Guayaquil, mantienen una institucionalización prolongada, ya que, su periodo de tiempo está entre 4 a 6 años y perduran hasta la actualidad, sin la vinculación a una familia, ya sea custodia familiar, adopción o acogimiento familiar, por lo que, se evidencia la falta de acceso a un entorno familiar.

Con respecto al nivel de conocimiento de los padres acerca de la discapacidad psicosocial, se valoró a través de la aplicación del Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI), los resultados del estudio evidenciaron que la muestra promedio de los padres y madres postulantes acogientes tienen una actitud neutral con respecto a la discapacidad psicosocial, esta variable se la evaluó en relación a la subescala de la ideología de salud mental, aunque el promedio refleja que no es una actitud negativa, tampoco representa una actitud positiva, por lo que es importante mantener espacios informativos sobre la discapacidad psicosocial con las familias acogientes.

La discapacidad psicosocial es una de las más olvidadas e invisibles en comparación a la clasificación de las demás discapacidades, por este motivo, se propuso recursos

psicoeducativos para el cuidado de niños y niñas con discapacidad psicosocial en el acogimiento familiar, los cuales funcionan desde tres dimensiones: mitos vs realidad de la discapacidad psicosocial, intervención en crisis e intervención relacional basada en la confianza; esta propuesta psicoeducativa tiene como objetivo generar reflexión y sensibilización a las familias acogientes sobre la problemática expuesta y motivar de manera progresiva a las familias postulantes a realizar un acogimiento familiar con niños y niñas con esta condición.

Por otro lado, dentro del acogimiento familiar existe una clasificación de plazos con respecto al tiempo de duración del acogimiento, sin embargo, en el acogimiento institucional no existe un tiempo preciso como tal, en el que se pueda definir con variables la duración de la institucionalización, por lo que, simplemente se menciona como una institucionalización “prolongada”.

Aunque la mayoría de las familias acogientes están de acuerdo en no desear vivir con una persona que presente discapacidad psicosocial, sin embargo, se obtuvo un nivel de significancia en la subescala de benevolencia, por lo que se puede trabajar y fortalecer para incrementar la actitud de las familias acogientes con la intervención de la propuesta psicoeducativa anteriormente planteada. Por último, es relevante que esta información pueda expandirse a través de los medios, ya que, los niños y niñas con discapacidad psicosocial no solamente luchan con el diagnóstico, sino también, la investigación toma en cuenta la población infantil que ha sido vulnerable de sus derechos por sus familias biológicas, siendo alejadas de estas por protección.

10. Anexos

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	herramienta de recolección	ESCALA
Estigma cultural de la discapacidad psicosocial.	“Proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental” (Arenas, A. y Trujillo, E., 2021).	Social Cultural	Nivel de conocimiento Rechazo	Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI).	Escala de Likert.
Desconocimiento de los padres temporales sobre la discapacidad psicosocial.	“Escasa información disponible sobre discapacidad psicosocial, podría ser catalogada como una enfermedad desamparada” (Melo y Trujillo, 2018).	Social Familiar	Nivel de conocimiento Nivel de acogida	Cuestionario de Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental (CAMI).	Escala de Likert.
Abandono familiar de niños con discapacidad psicosocial.	“Delito cometido por quien dejó de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar”. (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2022)	Familiar	Ingreso de niños y niñas con discapacidad psicosocial a casas SOS.	Sistema Ariel Base de datos Matriz de factor de riesgos AISOS.	Escala ISTAing.

Institucionalización de largo plazo	Acogimiento institucional delarga duración, sin el acceso algozo de una familia.(MIES,2017)	Social	Niños y niñas entre 5 a 11 años en acogimiento institucional.	Sistema Ariel Base de datos Matriz NNA Acogimiento Institucional AISOS	Escala de O'Brien.
-------------------------------------	---	--------	---	---	--------------------

Anexo 2

Persona	Sexo	Edad	AUTORITARISMO	RESTRICCIÓN SOCIAL	BENEVOLENCIA	IDEOLOGÍA SALUD MENTAL
1	Masculino	30 a 35 años	34	44	35	44
2	Masculino	36 a 40 años	27	27	25	32
3	Femenino	41 a 45 años	26	22	28	24
4	Femenino	46 a 50 años	25	19	21	21
5	Masculino	30 a 35 años	32	40	38	40
6	Masculino	30 a 35 años	35	36	39	47
7	Masculino	30 a 35 años	29	34	38	36
8	Masculino	30 a 35 años	31	27	31	32
9	Femenino	30 a 35 años	29	39	38	38
10	Masculino	30 a 35 años	33	40	37	37
11	Masculino	30 a 35 años	32	37	36	38
12	Masculino	30 a 35 años	31	38	36	38
13	Femenino	51 a 55 años	26	32	34	28
14	Femenino	30 a 35 años	29	30	31	30
15	Femenino	36 a 40 años	36	36	34	35
16	Masculino	51 a 55 años	28	24	32	29
17	Masculino	41 a 45 años	29	42	38	44
18	Masculino	30 a 35 años	37	37	29	42
19	Masculino	30 a 35 años	32	33	36	39

		años				
20	Masculino	30 a 35 años	36	44	38	46
21	Femenino	30 a 35 años	28	31	35	32
22	Femenino	51 a 55 años	35	40	41	45
23	Femenino	41 a 45 años	31	36	37	37
24	Femenino	41 a 45 años	30	32	35	37
25	Femenino	51 a 55 años	31	36	36	38
26	Femenino	30 a 35 años	30	32	36	37
27	Masculino	30 a 35 años	33	37	35	42
28	Masculino	30 a 35 años	31	35	41	38
29	Femenino	30 a 35 años	29	37	36	41
30	Femenino	36 a 40 años	32	33	34	41
31	Femenino	30 a 35 años	30	38	40	35
32	Femenino	30 a 35 años	31	38	36	40
33	Masculino	30 a 35 años	31	34	37	36
34	Femenino	30 a 35 años	30	36	35	36
35	Masculino	30 a 35 años	34	35	37	40
36	Femenino	30 a 35 años	32	34	35	37
37	Femenino	30 a 35 años	31	36	36	39

Anexo 3 Autoritarismo

Persona	Sexo	Edad	r1	1	5	r9	9	13	r17	17	21	r25	25	29	r33	33	37	SUMA
1	Masculino	30 a 35 años	2	4	3	4	2	4	2	4	5	5	1	2	2	4	5	34
2	Masculino	36 a 40 años	2	4	2	3	3	2	3	3	3	2	4	2	4	2	4	27
3	Femenino	41 a 45 años	2	4	1	2	4	3	1	5	4	2	4	3	4	2	4	26
4	Femenino	46 a 50 años	2	4	2	3	3	4	1	5	3	3	3	2	1	5	4	25
5	Masculino	30 a 35 años	3	3	4	4	2	2	2	4	4	4	2	3	2	4	4	32
6	Masculino	30 a 35 años	2	4	3	3	3	1	5	1	5	5	1	1	5	1	5	35
7	Masculino	30 a 35 años	1	5	3	1	5	2	2	4	4	5	1	2	5	1	4	29
8	Masculino	30 a 35 años	2	4	5	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	31
9	Femenino	30 a 35 años	3	3	3	2	4	2	2	4	4	4	2	3	2	4	4	29
10	Masculino	30 a 35 años	4	2	4	3	3	1	3	3	4	4	2	2	3	3	5	33
11	Masculino	30 a 35 años	2	4	3	3	3	1	2	4	5	5	1	4	3	3	4	32
12	Masculino	30 a 35 años	2	4	5	3	3	2	2	4	4	4	2	2	3	3	4	31
13	Femenino	51 a 55 años	2	4	1	3	3	1	4	2	2	5	1	3	1	5	4	26
14	Femenino	30 a 35 años	1	5	4	1	5	2	5	1	4	2	4	4	2	4	4	29
15	Femenino	36 a 40 años	1	5	3	4	2	2	3	3	4	5	1	5	5	1	4	36
16	Masculino	51 a 55 años	2	4	2	3	3	2	3	3	4	5	1	1	5	1	1	28
17	Masculino	41 a 45 años	2	4	4	2	4	1	2	4	5	5	1	2	2	4	4	29
18	Masculino	30 a 35 años	3	3	5	2	4	5	1	5	5	5	1	5	1	5	5	37
19	Masculino	30 a 35 años	4	2	2	2	4	3	2	4	5	5	1	2	3	3	4	32
20	Masculino	30 a 35 años	3	3	5	5	1	1	1	5	5	5	1	5	1	5	5	36
21	Femenino	30 a 35 años	2	4	2	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	4	28
22	Femenino	51 a 55 años	4	2	2	4	2	2	2	4	4	5	1	3	4	2	5	35
23	Femenino	41 a 45 años	2	4	2	3	3	2	2	4	5	5	1	4	2	4	4	31
24	Femenino	41 a 45 años	2	4	2	2	4	2	2	4	5	5	1	3	3	3	4	30
25	Femenino	51 a 55 años	2	4	3	3	3	2	2	4	4	5	1	4	2	4	4	31
26	Femenino	30 a 35 años	3	3	1	2	4	3	2	4	4	5	1	4	2	4	4	30
27	Masculino	30 a 35 años	1	5	3	2	4	2	2	4	5	5	1	3	5	1	5	33
28	Masculino	30 a 35 años	1	5	2	5	1	1	1	5	5	5	1	5	2	4	4	31
29	Femenino	30 a 35 años	2	4	2	2	4	2	1	5	4	5	1	4	2	4	5	29
30	Femenino	36 a 40 años	4	2	2	2	4	2	3	3	4	5	1	4	2	4	4	32
31	Femenino	30 a 35 años	1	5	3	2	4	3	1	5	4	5	1	4	2	4	5	30
32	Femenino	30 a 35 años	2	4	1	4	2	2	1	5	4	4	2	5	3	3	5	31
33	Masculino	30 a 35 años	1	5	1	4	2	3	3	3	4	4	2	4	3	3	4	31
34	Femenino	30 a 35 años	3	3	1	4	2	2	1	5	4	4	2	5	2	4	4	30
35	Masculino	30 a 35 años	1	5	2	5	1	2	3	3	5	5	1	5	2	4	4	34
36	Femenino	30 a 35 años	2	4	1	4	2	1	2	4	5	4	2	5	4	2	4	32
37	Femenino	30 a 35 años	2	4	2	2	4	2	2	4	4	5	1	4	4	2	4	31

Anexo 4 Benevolencia

Persona	Sexo	Edad	2	r6	6	10	r14	14	18	22	r26	26	r30	30	34	r38	38	SUMA
1	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	3	2	4	4	2	2	4	5	1	5	4	2	35
2	Masculino	36 a 40 años	4	2	4	3	4	2	4	1	2	4	3	3	1	1	5	25
3	Femenino	41 a 45 años	4	1	5	4	4	2	4	1	2	4	3	3	3	2	4	28
4	Femenino	46 a 50 años	1	1	5	3	1	5	2	4	2	4	3	3	1	5	2	21
5	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	5	2	2	4	4	2	5	4	2	38
6	Masculino	30 a 35 años	5	3	3	5	5	1	5	1	1	5	5	1	5	4	2	39
7	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	5	2	2	4	5	1	4	4	2	38
8	Masculino	30 a 35 años	4	1	5	3	2	4	3	3	2	4	5	1	5	3	3	31
9	Femenino	30 a 35 años	5	4	2	4	4	2	4	2	3	3	4	2	4	4	2	38
10	Masculino	30 a 35 años	5	3	3	4	5	1	4	2	2	4	4	2	4	4	2	37
11	Masculino	30 a 35 años	5	4	2	1	5	1	5	1	1	5	5	1	5	4	2	36
12	Masculino	30 a 35 años	5	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	3	4	2	36
13	Femenino	51 a 55 años	5	4	2	4	4	2	5	2	1	5	4	2	2	3	3	34
14	Femenino	30 a 35 años	5	2	4	4	4	2	4	2	1	5	2	4	4	3	3	31
15	Femenino	36 a 40 años	4	3	3	5	4	2	4	1	1	5	4	2	4	4	2	34
16	Masculino	51 a 55 años	3	2	4	5	4	2	4	2	1	5	5	1	3	3	3	32
17	Masculino	41 a 45 años	5	5	1	2	5	1	4	2	3	3	4	2	4	4	2	38
18	Masculino	30 a 35 años	5	4	2	1	1	5	5	1	1	5	5	1	5	1	5	29
19	Masculino	30 a 35 años	3	3	3	4	4	2	4	3	1	5	5	1	5	4	2	36
20	Masculino	30 a 35 años	5	5	1	1	5	1	5	1	1	5	5	1	5	5	1	38
21	Femenino	30 a 35 años	4	3	3	4	4	2	4	2	2	4	4	2	4	4	2	35
22	Femenino	51 a 55 años	4	4	2	4	4	2	4	1	5	1	5	1	5	5	1	41
23	Femenino	41 a 45 años	5	4	2	4	4	2	5	1	1	5	5	1	5	3	3	37
24	Femenino	41 a 45 años	4	3	3	4	4	2	4	1	1	5	4	2	5	5	1	35
25	Femenino	51 a 55 años	5	5	1	4	4	2	4	1	1	5	4	2	5	3	3	36
26	Femenino	30 a 35 años	5	5	1	5	1	5	4	1	1	5	5	1	4	5	1	36
27	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	4	1	1	5	4	2	4	5	1	35
28	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	4	2	5	1	5	1	4	5	1	41
29	Femenino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	2	4	4	2	36
30	Femenino	36 a 40 años	4	4	2	4	1	5	4	2	2	4	5	1	4	4	2	34
31	Femenino	30 a 35 años	5	5	1	4	4	2	4	3	2	4	5	1	4	4	2	40
32	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	4	2	5	1	2	4	5	1	3	3	3	36
33	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	5	4	2	3	2	2	4	4	2	4	5	1	37
34	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	1	5	4	3	2	4	4	2	4	4	2	35
35	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	1	5	4	3	5	1	4	2	4	4	2	37
36	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	1	5	5	2	2	4	4	2	5	3	3	35
37	Femenino	30 a 35 años	4	4	2	4	4	2	4	1	2	4	5	1	4	4	2	36

Anexo 5
Restricción social

Persona	Sexo	Edad	r3	3	7	r11	11	15	r19	19	23	r27	27	31	r35	35	39	SUMA
1	Masculino	30 a 35 años	5	1	3	5	1	4	5	1	5	5	1	5	4	2	3	44
2	Masculino	36 a 40 años	1	5	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	3	3	1	27
3	Femenino	41 a 45 años	2	4	1	3	3	4	1	5	1	3	3	4	2	4	1	22
4	Femenino	46 a 50 años	2	4	1	2	4	3	1	5	2	2	4	3	1	5	2	19
5	Masculino	30 a 35 años	3	3	4	5	1	5	3	3	4	4	2	4	4	2	4	40
6	Masculino	30 a 35 años	3	3	5	5	1	5	1	5	1	5	1	5	3	3	3	36
7	Masculino	30 a 35 años	4	2	3	4	2	4	2	4	3	4	2	4	3	3	3	34
8	Masculino	30 a 35 años	2	4	4	3	3	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	27
9	Femenino	30 a 35 años	5	1	3	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	3	39
10	Masculino	30 a 35 años	3	3	4	5	1	5	3	3	4	4	2	4	4	2	4	40
11	Masculino	30 a 35 años	3	3	2	4	2	5	3	3	3	5	1	5	4	2	3	37
12	Masculino	30 a 35 años	4	2	3	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	3	38
13	Femenino	51 a 55 años	4	2	2	3	3	5	2	4	5	4	2	4	1	5	2	32
14	Femenino	30 a 35 años	2	4	2	4	2	4	4	2	4	1	5	4	2	4	3	30
15	Femenino	36 a 40 años	4	2	3	3	3	4	2	4	4	4	2	5	3	3	4	36
16	Masculino	51 a 55 años	2	4	4	3	3	5	2	4	1	2	4	3	1	5	1	24
17	Masculino	41 a 45 años	4	2	4	4	2	5	5	1	4	4	2	5	4	2	3	42
18	Masculino	30 a 35 años	4	2	3	5	1	5	1	5	5	3	3	5	1	5	5	37
19	Masculino	30 a 35 años	4	2	2	4	2	3	1	5	4	4	2	4	4	2	3	33
20	Masculino	30 a 35 años	5	1	3	5	1	5	5	1	5	5	1	5	3	3	3	44
21	Femenino	30 a 35 años	2	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	2	4	3	31
22	Femenino	51 a 55 años	4	2	3	4	2	5	4	2	4	4	2	4	4	2	4	40
23	Femenino	41 a 45 años	5	1	2	4	2	4	2	4	5	4	2	5	2	4	3	36
24	Femenino	41 a 45 años	4	2	2	4	2	4	1	5	4	4	2	4	2	4	3	32
25	Femenino	51 a 55 años	4	2	3	4	2	4	2	4	4	4	2	5	3	3	3	36
26	Femenino	30 a 35 años	4	2	3	3	3	4	3	3	4	3	3	5	1	5	2	32
27	Masculino	30 a 35 años	5	1	4	4	2	5	2	4	5	1	5	4	4	2	3	37
28	Masculino	30 a 35 años	4	2	2	5	1	4	2	4	5	3	3	5	2	4	3	35
29	Femenino	30 a 35 años	5	1	4	4	2	4	3	3	4	5	1	5	1	5	2	37
30	Femenino	36 a 40 años	4	2	3	5	1	4	1	5	4	3	3	5	2	4	2	33
31	Femenino	30 a 35 años	5	1	4	3	3	4	3	3	4	5	1	4	3	3	3	38
32	Femenino	30 a 35 años	5	1	3	4	2	4	2	4	5	3	3	5	3	3	4	38
33	Masculino	30 a 35 años	4	2	3	3	3	5	3	3	4	3	3	4	2	4	3	34
34	Femenino	30 a 35 años	4	2	2	5	1	4	1	5	4	5	1	4	4	2	3	36
35	Masculino	30 a 35 años	4	2	4	4	2	5	1	5	4	4	2	4	2	4	3	35
36	Femenino	30 a 35 años	4	2	2	3	3	5	2	4	4	5	1	4	2	4	3	34
37	Femenino	30 a 35 años	5	1	2	4	2	4	2	4	4	4	2	4	4	2	3	36

Anexo 6
Ideología salud mental

Persona	Sexo	Edad	4	r8	8	12	r16	16	20	r24	24	28	r32	32	36	r40	40	SUMA
1	Masculino	30 a 35 años	4	5	1	4	5	1	5	3	3	4	5	1	4	5	1	44
2	Masculino	36 a 40 años	5	3	3	5	2	4	5	3	3	3	2	4	3	1	5	32
3	Femenino	41 a 45 años	3	1	5	4	2	4	4	1	5	4	1	5	3	1	5	24
4	Femenino	46 a 50 años	3	3	3	3	1	5	3	2	4	2	1	5	2	1	5	21
5	Masculino	30 a 35 años	5	4	2	4	3	3	4	4	2	4	4	2	4	4	2	40
6	Masculino	30 a 35 años	5	5	1	5	2	4	5	5	1	5	5	1	5	5	1	47
7	Masculino	30 a 35 años	3	5	1	3	3	3	4	4	2	4	4	2	4	2	4	36
8	Masculino	30 a 35 años	4	2	4	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3	5	1	32
9	Femenino	30 a 35 años	5	4	2	4	4	2	4	2	2	3	3	4	4	2	3	38
10	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	5	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	37
11	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	5	3	3	5	5	1	3	3	3	3	3	3	38
12	Masculino	30 a 35 años	5	3	3	4	3	3	4	4	2	3	4	2	4	4	2	38
13	Femenino	51 a 55 años	2	5	1	5	2	4	1	2	4	3	1	5	5	2	4	28
14	Femenino	30 a 35 años	4	3	3	5	2	4	4	2	4	2	2	4	4	2	4	30
15	Femenino	36 a 40 años	4	3	3	4	1	5	4	3	3	4	4	2	4	4	2	35
16	Masculino	51 a 55 años	3	3	3	4	3	3	2	5	1	2	3	3	2	2	4	29
17	Masculino	41 a 45 años	4	5	1	5	3	3	5	5	1	4	5	1	4	4	2	44
18	Masculino	30 a 35 años	5	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	1	5	1	5	42
19	Masculino	30 a 35 años	4	4	2	4	3	3	5	4	2	4	4	2	4	3	3	39
20	Masculino	30 a 35 años	5	1	5	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	46
21	Femenino	30 a 35 años	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	32
22	Femenino	51 a 55 años	4	4	2	5	4	2	4	5	1	5	5	1	5	4	2	45
23	Femenino	41 a 45 años	4	5	1	5	2	4	4	3	3	3	5	1	4	2	4	37
24	Femenino	41 a 45 años	4	5	1	4	3	3	4	4	2	4	3	3	4	2	4	37
25	Femenino	51 a 55 años	4	5	1	4	4	2	4	3	3	3	5	1	4	2	4	38
26	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	4	2	4	3	3	3	3	3	4	3	3	37
27	Masculino	30 a 35 años	5	5	1	5	2	4	5	4	2	4	4	2	5	3	3	42
28	Masculino	30 a 35 años	5	4	2	5	2	4	5	3	3	4	3	5	2	4	3	38
29	Femenino	30 a 35 años	4	4	2	5	2	4	4	5	1	4	4	2	4	5	1	41
30	Femenino	36 a 40 años	5	4	2	4	3	3	4	5	1	4	4	2	4	4	2	41
31	Femenino	30 a 35 años	5	4	2	4	2	4	4	3	3	5	3	3	2	4	3	35
32	Femenino	30 a 35 años	4	3	3	4	4	2	4	3	3	5	5	1	4	4	2	40
33	Masculino	30 a 35 años	5	5	1	4	3	3	4	2	3	5	1	5	2	4	3	36
34	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	2	4	4	4	2	3	5	1	3	2	4	36
35	Masculino	30 a 35 años	4	5	1	5	3	3	4	5	1	5	3	3	3	3	3	40
36	Femenino	30 a 35 años	4	4	2	4	2	4	5	5	1	3	4	2	4	2	4	37
37	Femenino	30 a 35 años	4	5	1	4	4	2	4	5	1	3	3	3	5	2	4	39

Anexo 7

Escala Likert

1	Totalmente desacuerdo con la afirmación
2	Desacuerdo con la afirmación.
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación.
4	De acuerdo con la afirmación.
5	Totalmente de acuerdo con la afirmación.

11. Referencias

- Aldeas Infantiles SOS. (2021). *Alianzas a inicios de año*.
<https://www.aldeasinfantiles.org.ec/informate/noticias-aldeas/alanzas-a-inicios-de-ano>
- Alemán de León, E. (2015). El impacto de la discapacidad en la familia. [Tesis de Maestría, Universidad de la Laguna].
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1112/El+impacto+de+la+discapacidad+en+la+familia.pdf?sequence=1>
- Alutiz, L. (2019). *Efectividad de la de-escalada verbal en el manejo de la agitación psicomotriz de origen psiquiátrico*.
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/35335/TFG_Alutiz.pdf?sequence=3
- Arenas, A. y Trujillo, E. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83.
- Balayo, A. (2019). Estigma hacia la enfermedad mental en alumnos de enfermería de A Coruña: valoración mediante el cuestionario CAMI. [Tesis de fin de grado, Universidade da Coruña].
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/25254/Balayo_Caama%C3%B1o_%20Andrea_TFG_2019.pdf

Baptista, M., Fernández, C. y Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación Sexta Edición*. Interamericana Editores.

Camacho, J. (2008). Asociación entre variables: correlación no paramétrica. *AMC*, 50 (3), 144 – 146.

Consejo de la Judicatura del Ecuador. (2015). *Manual de atención en derechos de personas con discapacidad en la función judicial*.
<https://www.funcionjudicial.gob.ec/www/pdf/Manual-atencion-discapacidades.pdf>

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2022). *Estadísticas de Discapacidad*. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Diccionario panhispánico del español jurídico. (2022). *Abandono de familia*.
<https://dpej.rae.es/lema/abandono-de-familia>

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2019). *Norma Técnica Apoyo Familiar, Custodia Familiar y Acogimiento Familiar*. Dirección de Servicios de Protección Especial.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications.

Gil, M. y Sáez, N. (2019). ¿Las personas que tienen un trastorno mental están estigmatizadas? Are people who have a mental disorder stigmatized?. [Tesis de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://core.ac.uk/download/290000200.pdf>

- Gómez Escobar, E. (2020). Bienestar en cuidadores de personas con discapacidad psicosocial [Tesis de Maestría, Instituto Politécnico Nacional]. <https://www.virtual.cics.sto.ipn.mx/REDIMIP/TESIS2020/2020-2.pdf>
- González, M. (2019). *Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental*. <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Investigacion-estigma-y-discapacidad-psicosocial-final-1.pdf>
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C. y Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2). 153-162. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>
- Hernández Lalinde, J. D., Espinosa Castro, F., Rodríguez, J. E., Chacón Rangel, J. G., Toloza Sierra, C. A., Arenas Torrado, M. K., Carrillo Sierra, S. M., & Bermúdez Pirela, V. J. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 587-595.
- Hernández – Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C. V.
- Inclusión Global de la Discapacidad. (2021). *Guía de Buenas Prácticas sobre Salud Mental Comunitaria: Foros sobre Salud Mental Comunitaria*. <https://cbm->

global.org/wp-content/uploads/2021/07/GBP_CBM_Foros-Salud-mental-comunitaria-SP.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2021). *Intervención Relacional Basada en la Confianza, Herramientas para la aplicación en las modalidades y servicios de protección.*

https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/pu8.p_cartillatbri_intervencion_relacional_basada_en_la_confianza_v1.pdf

Karyn Purvis Institute of Child Development. (2022). *Investigación.*

<https://child.tcu.edu/investigacion/#sthash.rbCOZUg9.XP7xHXuA.dpbs>

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental* 38(1), 53-58.

Melo, D. y Osorio, D. (2018). Percepción sobre discapacidad psicosocial de un grupo de profesionales de las ciencias humanas y de la salud en Ibagué, Tolima. [Tesis,

UNAD – CEAD IBAGUE].

<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/18757/1019075444.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2017). *Modelo de Atención Acogimiento Institucional.*

https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Modelo-de-Atenci%C3%83%C2%B3n_Acogimiento-Institucional.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2017). *Norma Técnica de Acogimiento Institucional*. Dirección de Servicios de Protección Especial.

Ministerio de Inclusión Económica y Social (2022). *Informe acogimiento institucional*.
https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2022/08/informe_de_acogimiento_institucional_junio_2022-signed-signed-signed0410063001658933778-1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales*.
https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/es/index.html

Parada, L. (2019). *Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk*.
<https://rpubs.com/F3rnando/507482>

R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).

Sainero, Ana, Valle, Jorge F. del, & Bravo, Amaia. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 31(2), 472-480.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>

Santamaría, C. (2020). Estigma social sobre las enfermedades mentales. [Tesis de
Universidad de

Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20077/SANTAMARIA%20PEREZ%2C%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software].
<https://www.jamovi.org>.

UNICEF (2019). *Notas de orientación programática sobre niños, niñas y adolescentes con discapacidad*.
<https://www.unicef.org/lac/media/6551/file/PDF%20publicaci%C3%B3n%20Notas%20de%20orientaci%C3%B3n%20program%C3%A1tica%20sobre%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20con%20discapacidad.pdf>

UNICEF y RELAF. (2016). *Niños, niñas y adolescentes con discapacidad en instituciones residenciales en América Latina y el Caribe*. [Jamaica-Los-Ultimos-de-la-fila-report-2016.pdf \(unicef.org\)](#)

Vizuite-López, E., García-Pérez, M. A., & Gutiérrez-Sánchez, A. (2021). Matrices de correlación: Una revisión de los principales métodos utilizados en la práctica. *Psicología y Salud*, 31(2), 183-191.