



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“TIPOS DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DE LAS UNIDADES DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL BILINGÜE AMBATO 2 (18D02)”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Sanmartín Martínez, Guimper René

Tutor: Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Ambato – Ecuador

Junio, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“TIPOS DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISAPACIDAD DE LAS UNIDADES DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL BILINGÜE AMBATO 2 (18D02)”. de Guimper René Sanmartín Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero 2015

EL TUTOR

.....
Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“TIPOS DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DE LAS UNIDADES DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL BILINGÜE AMBATO 2 (18D02)”**, como también los contenidos, ideas, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de trabajo de grado.

Ambato, Enero 2015

EL AUTOR

.....
Sanmartín Martínez, Guimper René

DERECHOS DE AUTOR

Autorizó a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero 2015

EL AUTOR

.....

Sanmartín Martínez, Guimper René

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueba el Informe de Investigación, sobre el tema: **“TIPOS DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DE LAS UNIDADES DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL BILINGÜE AMBATO 2 (18D02)”**. de Guimper René Sanmartín Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio 2015

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE /A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi familia

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato,
a sus autoridades, mis maestras y maestros en especial
a mi Tutor Ps. Cl. Flavio Bonilla F.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
ÍNDICE DE CUADROS.....	xvi
RESUMEN.....	xviii
SUMMARY	xix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1 Tema:.....	4
1.2 Planteamiento del Problema.	4
1.2.1. Contextualización del Problema.	4
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO DEL PROBLEMA	8
1.2.2.2 Análisis Crítico del Problema	9
1.2.3. Prognosis.	9
1.2.4. Formulación del Problema.	10
1.2.5. Preguntas Directrices.....	10

1.2.6. Delimitación del Objetivo de la Investigación.	10
1.3. Justificación.	11
1.4. Objetivos:	13
1.4.1. Objetivo General.	13
1.4.2. Objetivos Específicos	13
 CAPÍTULO II.....	 14
MARCO TEÓRICO.....	14
 2.1 Antecedentes Investigativos.	 14
2.2 Fundamentación Filosófico.	21
2.3. Fundamentación Legal.	22
2.4. Fundamentación Psicológica.	22
2.5. Categorías Conceptuales.	25
2.5.2. Variable: Tipos de Personalidad	27
2.5.2.1. Personalidad.....	27
2.5.2.1.1 Etapas Psicosociales de la Personalidad.	28
2.5.2.1.1.1. Confianza versus Desconfianza.....	29
2.5.2.1.1.2. Autonomía contra Vergüenza y Duda.	29
2.5.2.1.1.3. Iniciativa frente a Culpa.....	30
2.5.2.1.1.4. Industriosidad frente a Inferioridad.	30
2.5.2.1.1.5. Identidad frente Difusión de Identidad.	30
2.5.2.1.1.6. Intimidad contra Aislamiento.....	31
2.5.2.1.1.7. Generatividad frente a Estancamiento.	31
2.5.2.1.1.8. Integridad frente a Desesperación.	31
2.5.2.2 Tipos de Personalidad.....	31
2.5.2.2.1. Paranoide.....	32

2.5.2.2.2. Esquizoide.....	32
2.5.2.2.3. Esquizotípica.....	33
2.5.2.2.4. Antisocial.....	33
2.5.2.2.5. Límite.....	34
2.5.2.2.6. Histriónico.....	34
2.5.2.2.7. Narcisista.....	35
2.5.2.2.8. Evitante.....	36
2.5.2.2.9. Dependiente.....	36
2.5.2.2.10. Obsesivo – Compulsivo.....	37
2.5.3. Variable: Estrategias de Afrontamiento.....	37
2.5.3.1. Afrontamiento.....	37
2.5.3.1.2. Estrategias de Afrontamiento.....	40
2.5.3.1.2.1. Resolución de Problemas.....	41
2.5.3.1.2.2. Reestructuración Cognitiva.....	41
2.5.3.1.2.3. Apoyo Social.....	41
2.5.3.1.2.4. Expresión Emocional.....	42
2.5.3.1.2.5. Evitación de Problemas.....	42
2.5.3.1.2.6. Pensamiento Desiderativo.....	43
2.5.3.1.2.7. Retirada Social.....	43
2.5.3.1.2.8. Autocrítica.....	43
2.5.4. Discapacidad.....	46
2.5.4.1. Tipos de Discapacidad de los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas del Distrito Ambato 2.....	47
2.5.4.1.1. Discapacidad Física.....	47
2.5.4.1.2. Discapacidad Intelectual.....	48
2.5.4.1.3. Discapacidad Sensorial.....	50

2.5.4.1.3.1. Discapacidad Auditiva.....	50
2.5.4.1.3.2. Discapacidad Visual.....	50
2.5.4.1.4. Discapacidad Mental.....	50
2.5.4.1.5. Sordoceguera.....	51
2.5.4.1.6. Multidiscapacidad.....	51
2.5. Niveles de Discapacidad.....	51
2.6. La Familia desde la perspectiva de la Discapacidad.....	53
2.6.1. Concepto de Sistema.....	53
2.7. Estrés en las familias con miembros con discapacidad o cuidadores de niños, niñas y jóvenes con discapacidad.....	56
2.8. Hipótesis.....	58
2.8.1.1. Hipótesis de Investigación.....	58
2.8.1.2. Hipótesis Nula.....	58
2.8.2. Señalamiento de Variables:.....	58
2.8.2.1. Variable Independiente.....	58
2.8.2.2. Variable Dependiente.....	58
 CAPÍTULO III.....	 59
MARCO METODOLÓGICO.....	59
 3.1. Enfoque de la Investigación.....	 59
3.1.1. Conceptos de la Teoría General de Sistemas.....	59
3.2. Modalidad Básica de la Investigación:.....	60
3.3. Niveles o Tipos de Investigación.....	60
3.3.1. Exploratorio.....	60
3.3.2. Descriptivo.....	61
3.3.3 Correlacional.....	61

3.4. Población y Muestra.....	61
3.4.1. Población.	61
3.5. Tipo de Investigación.	61
3.5. Operacionalización de Variables.	55
3.6.- Validez y Confiabilidad de los Reactivos.	57
3.6.1. Examen Internacional de Personalidad (IPDE).	57
3.6.2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento.	57
3.7.- Recolección de Información.....	58
3.6.1. Procedimiento y Análisis de la Información.	62
3.6.2. Plan de Análisis e Interpretación de Resultados.	63
 CAPÍTULO V	 96
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
 5.1 Conclusiones.....	 96
5.2. Recomendaciones:	97
 CAPÍTULO VI	 99
PROPUESTA	99
 6.1. Datos Informativos.....	 99
6.1.1 Título.	99
6.1.2 Datos informativos:	99
6.1.3 Beneficiarios:	99
6.1.4. Ubicación.....	100
6.1.5. Tiempo Aproximado de la Ejecución.....	100
6.1.6. Equipo Técnico Responsable.....	100
6.1.7 Costo.....	100

6.2 Antecedentes De La Propuesta.	100
6.3 Objetivos.....	101
6.3.1 Objetivo General.	101
6.3.2 Objetivos Específicos:.....	101
6.4 Justificación.	101
6.5. Fundamentación Técnica.....	105
6.6. Familia como Sistema.	105
6.7. Familia y Ciclo Vital.	106
6.8. Holones.....	107
6.8.1. Clases de Holones:	107
6.9. Tipos de Familia.	108
6.10. Impacto en la Familia.	110
6.11. Conflictos Familiares.	111
6.11. 1. Infancia.	112
6.11.2. Adolescencia.	113
6.11.3. Madurez.....	113
6.12. Terapia Familiar Sistémica:.....	114
6.12.1. Terapia Familiar.	115
6.12.1.1. Evaluación.....	116
6.12.1.2. Conducta Sintomática.....	116
6.12.1.3. Cambio Mínimo y Meta Final.....	117
6.12.1.4. Tipos de Cooperación.....	118
6.12.1.5. Estrategias que Sirvieron para Resolver el Problema.....	118
6.12.1.6. Soluciones Intentadas.	119
6.12.1.7. Secuencias Sintomáticas.....	120
6.12.1.8. Mapa de Relaciones Familiares.	120

6.13.1.9. Juego Familiar.....	121
6.12.1.10. Momento del Ciclo Evolutivo.....	121
6.12.1.11. Relaciones con las Instituciones y Fuentes de Apoyo.....	121
6.12.1.12. Evaluación de Cambio.....	122
6. 13. Administración de la Propuesta.....	139
6. 14. Protocolo de Evaluación.....	140
6.15. Cronograma de actividades.....	140
Anexos	149

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 : Árbol de problemas.....	8
Gráfico N° 2 Categorías fundamentales.....	26
Gráfico N° 3 Tipos de personalidad	65
Gráfico N° 4 Estrategias de Enfrentamiento	68
Gráfico N° 5 Tipo de Discapacidad.....	70
Gráfico N° 6 Discapacidad Intelectual	72
Gráfico N° 7 Personalidad y Discapacidad	75
Gráfico N° 8 Estrategias de Afrontamiento y Discapacidad.....	77
Gráfico N° 9 Estrategias de Afrontamiento y Clase Social	79
Gráfico N° 10 Personalidad y Clase Social.....	82
Gráfico N° 11 Sexo y Edad	84
Gráfico N° 12 Nivel de Instrucción y Sexo.....	87
Gráfico N° 13 Nivel de Ocupación y Sexo	89
Gráfico N° 14 Personalidad y Estrategias de Afrontamiento.....	91

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Variable Independiente: Tipos de Personalidad.....	55
Cuadro N° 2 Variable Dependiente: Estrategias de Afrontamiento.....	56
Cuadro N° 3 Tipos de personalidad.....	64
Cuadro N° 4 Estrategias de Enfrentamiento	67
Cuadro N° 5 Tipo de Discapacidad	70
Cuadro N° 6 Discapacidad intelectual	72
Cuadro N° 7 Personalidad y Discapacidad	74
Cuadro N° 8 Estrategias de Afrontamiento y Discapacidad	76
Cuadro N° 9 Estrategias de Afrontamiento y Clase Social.....	78
Cuadro N° 10 Personalidad y Clase Social	81
Cuadro N° 11 Sexo y Edad	84
Cuadro N° 12 Nivel de Instrucción y Sexo	86
Cuadro N° 13 Nivel de Ocupación y Sexo.....	88
Cuadro N° 14 Personalidad y Estrategias de Afrontamiento	90
Cuadro N° 15 Relación y Comprobación de Hipótesis	95
Cuadro N° 16 PRE - SESIÓN. 01.	123
Cuadro N° 17 SESIÓN. 01.....	124
Cuadro N° 18 SESIÓN. 02.....	125
Cuadro N° 19 SESIÓN. 03.....	127
Cuadro N° 20 SESIÓN 04.....	128
Cuadro N° 21 SESIÓN 05.....	129
Cuadro N° 22 SESIÓN 06.....	130
Cuadro N° 23 SESIÓN. 07.....	131
Cuadro N° 24 SESIÓN 08.....	132
Cuadro N° 25 SESIÓN 09.....	133
Cuadro N° 26 SESIÓN 10.....	133
Cuadro N° 27 SESIÓN. 11.....	135
Cuadro N° 28 SESIÓN. 12.....	136
Cuadro N° 29 POST SESIÓN	137
Cuadro N° 30 Presupuesto	139

Cuadro N° 31 Protocolo de Evaluación	140
Cuadro N° 32 Cronograma de actividades	140

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“TIPOS DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO DE LOS REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DE LAS UNIDADES
DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA DEL DISTRITO EDUCATIVO
INTERCULTURAL BILINGÜE AMBATO 2 (18D02)”.**

Autor: Sanmartín Martínez, Guimper René

Tutor: Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Fecha: Enero 2015

RESUMEN

La presente investigación parte con la incógnita principal, la de determinar los Tipos de Personalidad de 321 representantes legales de estudiantes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada (UEE): Ambato y Camilo Gallegos que pertenecen al Distrito Educativo Ambato 2 y las Estrategias de Afrontamiento que estos utilizan ante la presencia de un hijo, hija u otro miembro familiar con discapacidad. Dentro de los objetivos se jerarquiza el establecimiento de la relación o influencia existente entre los tipos de personalidad y estrategias de afrontamiento; que experimentan los representantes legales de estos estudiantes; y que luego del análisis de los datos recogidos se determinó que la mayoría de ellos resultaron ser madres de familia; en tanto que el tipo de personalidad predominante es el tipo Límite; mientras que la estrategia de afrontamiento de mayor incidencia resultó la Resolución de Problemas; por lo que la investigación concluye con aseveración de la existencia de la relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento.

LAS PALABRAS CLAVES: PERSONALIDAD, ESTRATEGIAS-
AFRONTAMIENTO, DISCAPACIDAD, EDUCACIÓN-ESPECIALIZADA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

"PERSONALITY TYPES AND COPING STRATEGIES OF LEGAL REPRESENTATIVES OF CHILDREN AND TEENS WITH DISABILITIES EDUCATION UNITS SPECIALIZED INTERCULTURAL BILINGUAL EDUCATION DISTRICT AMBATO 2 (18D02)"

Author: Sanmartín Martínez, Guimper René

Tutor: Ps. Cl. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Date: January 2015

SUMMARY

This research is the main question that of determining personality types 321 legal representatives of students with disabilities in Special Education Units (ESU): Ambato and Camilo Gallegos belonging to Ambato Educational District 2 and Coping Strategies that they use in the presence of a son, daughter or other family member with a disability. Among the objectives the establishment of the relationship or existing influence between personality types and coping strategies is nested; experiencing the legal representatives of these students; and then analyzing the data collected it was determined that most of them were found to be mothers; while the predominate type of personality is the limit type; while coping strategy was higher incidence of Problem Solving; so the research ends with assertion of the existence of the relationship between personality and coping strategies.

KEYWORDS: Personality, Coping Strategies, Disability, Special Education

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es una situación que puede presentarse u ocurrir en cualquier etapa de la vida de la persona, la aparición en un miembro de la familia viene a dar un giro brusco en la dinámica y vida entera del sistema familiar; tanto que puede generar diversas situaciones en la familia y por ende en cada uno de sus miembros; sobre todo en los padres, quienes llevan el peso diario y en muchas ocasiones se asocian a una carga de culpabilidad inexistente.

La aparición y convivencia diaria con un hijo o hija, hermana o hermano con estas características conlleva a que la familia y sobre todo los padres deban hacer frente a situaciones inesperadas y correspondan optar por las estrategias para cada circunstancia que se va dando; esta realidad que puede ser doloroso en la mayoría de casos por el hecho de no saber o no poder manejarse en estos escenarios de tanta complejidad como es la discapacidad que le atañe sobrellevar genera un sinnúmero de conflictos y en ocasiones trastornos muy serios. La discapacidad crea cambios incalculables e inimaginables en la dinámica familiar; estas modificaciones son diferentes en cada caso; y su impacto depende de las características de cada familia, y por ende de sus miembros; en estos nuevos espacios en los que se desenvuelve la familia y de manera singular los progenitores, mismos que se ven obligados a afrontar esta realidad con estilos y estrategias de afrontamiento propias de cada individuo.

Las estrategias que se pone de manifiesto como esfuerzos ante una situación poco común y difícil de manejar, que generan conflictos y que en algunos casos pueden sobrepasar su fuerza y energía; estos bríos que se develan mediante conductas, posibilitan a la persona a enfrentar las requerimientos tanto internas como externas de diverso y extraño orden e índole tal vez desconocido que se lo puede considerar como afrontamiento.

Este imponderable que ha venido a romper y modificar lo establecido, afectando profundamente la visión y la perspectiva del futuro, quebrantando en muchas ocasiones el proyecto de vida de las familias debido a la carga emocional muy

fuerte que exige y que se pone de manifiesto las estrategias de afrontamiento, estas dependerá del conjunto de cualidades, rasgos que establecen una forma, un tipo característico de atender las exigencias que las circunstancias obligan; lo que se constituyen en la manera de ser de una persona y que lo diferencian de las demás; y que estas características subsisten en el tiempo con sutiles cambios, poco perceptibles, salvo el caso que se susciten fenómenos o hechos de gran impacto capaces de desajustar y desestabilizar al individuo de manera violenta y abrupta y permanezca por un lapzo considerado; pudiendo llegar a ocasionar un deterioro significativo en su homeostasis; y en ocasiones provoquen un trastorno; a estas características permanentes que rigen las formas y estilos de conducta y comportamiento se lo que conoce como personalidad.

El presente trabajo está dividido en seis capítulos, que se los ha desarrollado de la siguiente manera:

El Primer Capítulo, aborda el planteamiento del problema, su contextualización, el análisis crítico, la prognosis, formulación del problema, así como la delimitación del problema, la justificación; el objetivo general y los específicos de la investigación; en tanto que el Segundo Capítulo, abarca el marco teórico, unidad que sintetiza los antecedentes investigativos, la fundamentación filosófica y legal, además señala las categorías fundamentales, las hipótesis y sus variables; mientras que el Tercer Capítulo, se dedica a la metodología, en el cual describe: la modalidad y el nivel de la investigación, por otra parte presenta la población objeto de estudio, se concentra en la operacionalización de las variables, así como prevé el plan de recolección y de procesamiento de la información; se continua con el Cuarto Capítulo, mismo que se dedica al análisis e interpretación de los resultados, por lo cual esta sección agrupa una serie de gráficos estadísticos los mismos que permiten resaltar la tendencia o relaciones fundamentales, las mismas que son analizadas en la comprobación de la hipótesis; seguido a este se encuentra el Quinto Capítulo, centrado en el establecimiento de conclusiones y recomendaciones que surgen luego de haber aplicado la investigación; y finalmente se encuentra el Capítulo Sexto, en el cual se expone la propuesta de solución a la problemática determinada, por lo que en este apartado se detallan los

datos informativos, los antecedentes justificación, objetivos, análisis de factibilidad, fundamentación, modelo operativo, administración y previsión de evaluación; y para terminar se encontrará la Bibliografía empleada en esta investigación, así como el material complementario plasmados en los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema:

Influencia de la personalidad en las estrategias de afrontamiento de los representantes legales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02).

1.2 Planteamiento del Problema.

¿Cómo influyen los Tipos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento de los representantes legales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)?.

1.2.1. Contextualización del Problema.

Anula A. (2011), relata que en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre Personas con Discapacidad (PcD), en su informe, manifiesta que en el mundo existen alrededor de 650 millones de persona con alguna discapacidad física, intelectual o sensorial, que representaría el 10% de la población mundial; en la misma convención se fortaleció el hecho de garantizar los derechos de las Personas con Discapacidad, exhortando a los gobiernos a que luchen contra de la discriminación debido a condiciones de discapacidad; ampliando también los esfuerzos para el rompimiento de las barreras arquitectónicas y sobre todo las actitudinales dentro de las políticas gubernamentales.

En tanto que Manor, B (2012), en su investigación sobre el Afrontamiento Paterno a los Trastornos del Desarrollo en Adolescentes dentro de la Comunidad Judía ultra-ortodoxa en Israel; este estudio compara las estrategias de afrontamiento usadas por 100 padres judíos ultra ortodoxos y 100 padres judíos seculares para lidiar con hijos con trastornos del espectro autista; los padres completaron dos cuestionarios sobre el sentido de crecimiento personal relacionado al estrés y el sentido de coherencia. Los padres ultra ortodoxos reportaron un sentido más alto de crecimiento y de coherencia que los padres seculares; además, se encontraron asociaciones entre las características demográficas. El estudio denota que el cuadro del Espectro Autista influye en función de género y religiosidad, en las estrategias de afrontamiento las vicisitudes como el hecho de la existencia de discapacidad en un miembro familiar.

Botero S. y Paula A. (2013), efectuaron el estudio en Colombia sobre los Factores Psicosociales Predictores de la Calidad de Vida en Personas en Situación de Discapacidad Física, este investigativo de tipo correlacional y descriptivo procuró evaluar los factores que determinan la calidad de vida relacionada con la salud en 78 personas con discapacidad física para esto se aplicó el cuestionario de Salud SF36 y visita domiciliaria, así como la Escala de Autoeficacia Generalizada, Prueba de Imagen Corporal, Inventario de Estilos de Afrontamiento, Prueba de optimismo disposicional, Inventario de Depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Zung. El estudio concluye arrojando datos sobre calidad de vida, depresión, condiciones de enfermedad, y el afrontamiento, mismo que se encuentra centrado en la fantasía, ansiedad, pesimismo, y autoeficacia de los padres o cuidadores de Personas con Discapacidad.

Limiñana R. (2007), en la revista latinoamericana de Ciencia Psicológica Psiencia publica el estudio sobre Afrontamiento y Adaptación Psicológica en padres de niños con Fisura Palatina, la misma que resumen que el parto de hijas e hijos con paladar hendidura y labio leporino, presenta tiene un impacto drástico en la organización psicológica de la familia y padres, el estudio se lo realizó con una muestra de 36 padres de bebes con la malformación señalada. Este trabajo realiza

un análisis del impacto que experimentan los padres de familia de estos niños y niñas padecen de paladar hendido, y que por esa condición presenta dificultades de deglución y de articulación y sonoridad; por lo que se encuentran en desventaja con el resto de los miembros familiares, y su influencia modifica la dinámica familia.

Cruz S. y Hines M. (2006), efectúan los estudios en Almería España sobre la percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad, y sobre la atención sanitaria recibida; los investigadores concluyen que la sobrecarga de tipo laboral y emocional afecta de forma tal que los progenitores se sienten obligados a abandonar su trabajo externo o de dependencia para dedicar su tiempo de manera exclusivo para su hijo con discapacidad.

Los trabajos citados denotan el impacto profundo que ocasiona el nacimiento y convivencia con un niño o niña con discapacidad sobre las familias, debido a que modifica significativamente la dinámica familiar; situación que tiene que ser resuelta por cada uno de sus miembros y de manera especial por los padres y de ellos la madre quien lleva la carga más grande de trabajo y responsabilidad. En relación al meso contexto, es decir a nivel de país, en el Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010 por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo (INEC), determina que el porcentaje de discapacidad en el Ecuador alcanzando el 12,3 %; que en relación a nivel mundial es mayor en 2,3 puntos porcentuales, se puede citar también estudios realizados en el país, como:

Armas M. (2013), que publica los estudios sobre los impactos psicológicos en padres de familia que tiene que afrontar el nacimiento de un niño con discapacidad motora o Parálisis Cerebral (PCI); cuyo resultado se puede correlacionar con estudios y resultados de otros países, como por ejemplo los efectuados por la Universidad Nacional de México, el mismo que se lo realizó con el fin de conocer la actitud de los padres en la sociedad con hijos especiales con necesidades educativas; de similar forma el interés se ha volcado en determinar las estrategias de afrontamiento de los padres ante la aparición de un hijo con discapacidad en la familia, y la forma como esta aplicación ha ayudado a revertir la situación emocional y a potenciar la labor de los padres en el proceso de

afrontar esta realidad y participar en el proceso de habilitación - rehabilitación de sus hijos.

En tanto que en el micro contexto, que aborda el nivel provincial y cantonal los datos estadísticos concuerdan con los datos que arrojan a nivel nacional el censo de población y vivienda 2010, mismo que fue realizado por el INEC; por lo que se debe anotar que esta similitud refuerza la tendencia nacional, y que a pesar de existir tal incidencia, no se han hecho estudios sobre esta temática en grupos escolarizados en la ciudad que se realiza la presente investigación; en tal virtud es necesario expresar que este es el primer trabajo con este universo en la provincia.

1.2.2 Análisis crítico del problema

1.2.2.1.Árbol del Problema.

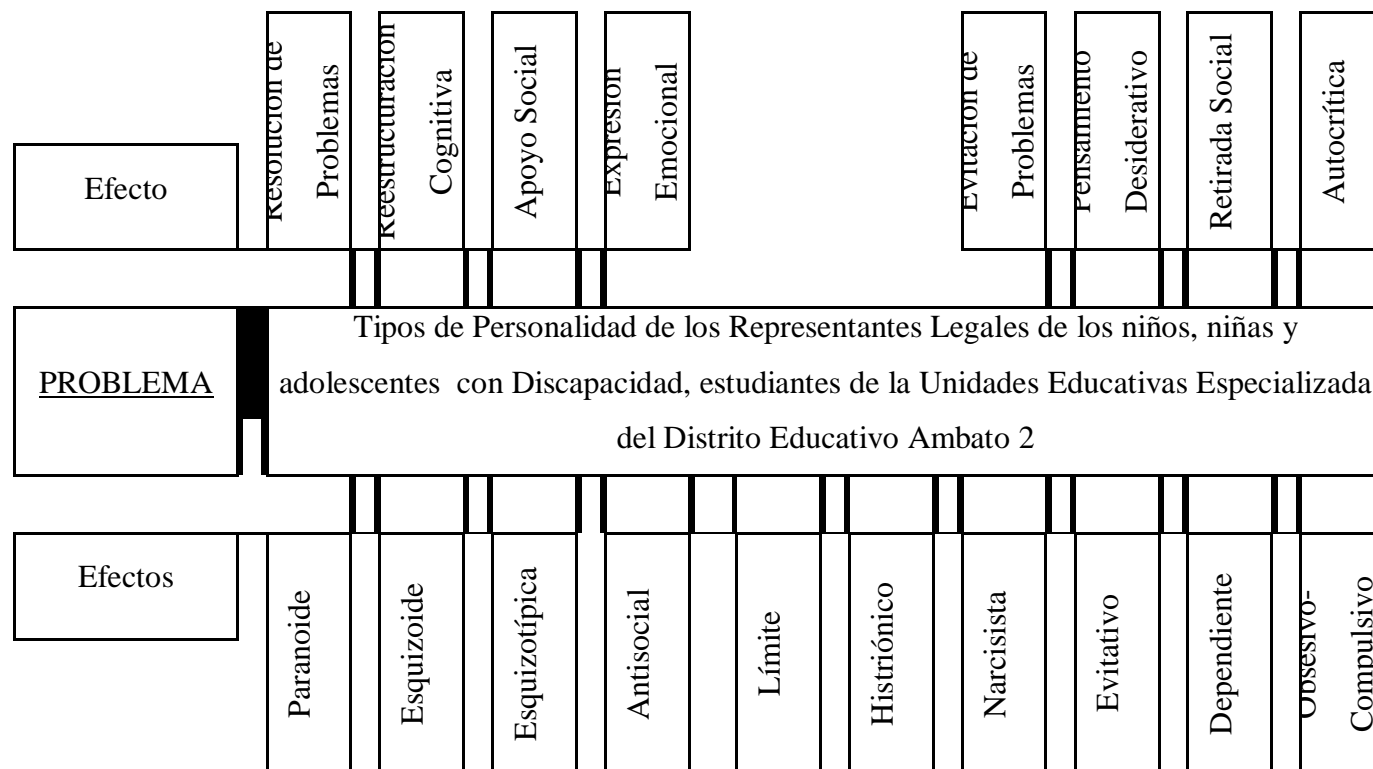


Gráfico N° 1 : Árbol de problemas

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Investigación de campo

1.2.2.2 Análisis Crítico del Problema

La discapacidad, tiene varias connotaciones a nivel familiar, social y laboral; toda vez que es una situación de una permanente complejidad; esto provoca una serie de situaciones, que se podría encasillar en instancias como duelo, estrés, que en muchos casos no se puede superar ya que los factores mantenedores continua con intensidad diversa; volviéndose difícil aceptar la realidad.

El hecho que la habilitación o rehabilitación de la persona con discapacidad tenga momentos, etapas, ritmos diversos; de estancamiento y en ciertos momentos de involución, o más bien deterioro; esto hace que la familia deba transitar por diferentes y difíciles escenarios para superar; por lo que estos conflictos familiares, pueden convertirse en trastornos o patologías individuales y del sistema.

1.2.3. Prognosis.

Herrera L., Medina A., y Naranjo G. (2010), describe la prognosis como la formulación de hipótesis que consiste en construir una visión hipotética futura del problema evidenciado en caso de no afrontarlo. La inexistente de investigaciones sobre este tema, genera el desconocimiento de esta realidad, lo que ha llevado a la invisibilización del problema, quedando como imaginario y como tal sin la posibilidad de la generación de políticas, programas, proyectos o medidas que brinden soluciones a esta problemática; por lo que es indispensable que se realicen los estudios semejante que arrojen información y datos relevantes que faculten la toma de decisiones, en pro de mejorar las condiciones de estos niños, niñas y sus progenitores; de no realizar la investigación propicia el mantenimiento de la realidad actual y el consiguiente estatus quo; es decir, continuaran sin un verdadero proceso integral de rehabilitación e inclusión, ya que no se podrá vislumbrar las necesidades de este grupo; la familia sin poder apoyarse y las

Personas con Discapacidad (PcD), seguirán siendo aislados y excluidos desde sus propia familia, y muy posiblemente se sigan suscitando conflictos y trastornos mayores dentro del núcleo familiar; así también la sociedad científica no contará con indicadores fiables para generar políticas, acciones, técnicas y estrategias que procuren ayudar a este grupo de alto riesgo.

1.2.4. Formulación del Problema.

¿Cuáles son los Tipos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento de los representantes legales de niñas, niños y adolescentes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada (UEE) del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02)?.

1.2.5. Preguntas Directrices.

- ¿Cuál es el tipo de personalidad de los representantes legales de niñas, niños y jóvenes con discapacidad de las Unidades Educativo Especializadas del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)?.
- ¿Cuáles son las Estrategias de Afrontamiento que utilizan de los representantes legales de niñas, niños y jóvenes con discapacidad de las Unidades Educativo Especializadas del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)?.
- ¿Cuál es la relación entre el Tipo de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento de los representantes legales de niñas, niños y jóvenes con discapacidad de las Unidades Educativo Especializadas del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)?.

1.2.6. Delimitación del Objetivo de la Investigación.

La presente investigación concierne al campo de la psicología, en el área de psicología del desarrollo de la personalidad, el psicodiagnóstico que determinará,

los Tipos de la Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento que pudieran manejar, los padres de familia y/o los representantes legales de niñas, niños y jóvenes con discapacidad de las Unidades Educativo Especializadas del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02), en el año 2014, mismo que se ciñe:

- Tiempo: 2014
- Espacio: Unidad Educativa Especializada (UEE) Camilo Gallegos D.
- Unidad Educativa Especializada (UEE) Ambato.
- Campo: Psicología Clínica
- Área: Teorías de la Personalidad
- Aspecto: Estrategias de Afrontamiento
- Unidades de observación: Representantes Legales de niños, niñas y Adolescentes con Discapacidad de las Unidades Educativas citadas.

1.3. Justificación.

Los padres de familia de niños, niñas y adolescentes con discapacidad atraviesan por diversas situaciones y estados emocionales, que indudablemente provoca cambios abruptos y muchas veces radicales en la familia que bien puede convertirse en un distanciamiento, ruptura de la comunicación y de la armonía familiar, que puede llevarlos a un duelo permanente, a acusaciones mutuas en la pareja, hasta el punto de acumularse tanta tensión, frustración, y estrés que se vuelve imposible la estabilidad y convivencia familiar.

La discapacidad es considerada de varias formas, para la mayoría de personas lo conciben como un gran problema que limitará la forma de vida y el futuro familiar; ya que pueden considerar a la persona con discapacidad como un peso o carga difícil de llevar; y en casos más críticos observarán como un castigo divino y buscaran la culpabilidad entre la pareja, lo que conlleva a que el futuro se lo vea de manera muy desalentadora; afectando todo el sistema; aún cuando muy excepcionalmente puede ocurrir lo contrario y transformarse esto que en otros hogares es considerado un infortunio en el punto y motivo de unidad familiar.

La convivencia, la imposibilidad de crianza; el crecimiento y desarrollo lento del niño o niña; marcada de grandes dificultades y contrastes que se hacen más notorias sus diferencias con otros niños y niñas; la imposibilidad de eliminar la brecha existente entre las etapas evolutivas en que se encuentran estas personas y la edad cronológica del mismo; la impotencia de manejar y atender adecuadamente al niño o niña por parte de los progenitores, y el resto de sus familiares, hace que se constituye en un factor estresante para cada miembro de la familia y en una factor que afecta la relación y bienestar de la misma; esta realidad lleva a que la familia experimente cambios y deban ser asimilados por cada uno de sus miembros y en su conjunto, y tengan que optar por estilos y estrategias de afrontamiento y que en gran medida dependerá del tipo de personalidad de cada individuo.

La discapacidad por su conflictividad ha sido abordada a nivel mundial, pero no así para las familias de estas personas que muy posiblemente sean las más afectadas, por el impacto que generan en su seno; ya que las relaciones, estructura del sistema se ven seriamente trastocadas que aún siguen siendo desconocidas o invisibilizadas.

El estudio sobre el afrontamiento en familias con miembros que presentan con discapacidad continúa siendo limitada, con imprecisiones metodológicas y sin integración contextualizada; ya que existen datos internacionales, pero a nivel nacional existe una carencia marcada y se acentúa aún más a nivel provincial; lo que dificulta la profundización de estudios en este campo, y lo más grave es que imposibilita, la toma de políticas, acciones, y estrategias adecuadas, que favorezcan directamente a estas familias; por lo expuesto se determina la importancia y justificación del presente trabajo investigativo.

1.4. Objetivos:

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre los tipos de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento de los representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar los Tipos de Personalidad de los representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).
- Determinar las Estrategias de Afrontamiento que usan los representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).
- Establecer la relación entre Tipos de personalidad y Estrategias de Afrontamiento de los representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).
- Proponer un modelo psicoterapéutico de afrontamiento para los padres de niños, niñas con discapacidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos.

Floyd F. (2001), realiza el estudio sobre los impactos en el curso de vida de criar un niño con una discapacidad, los mismos resumen en que los resultados demostraron las medidas de logro y el bienestar fueron similares para los tres grupos a los 18 años, pero discreparon en que los padres de niños con discapacidades del desarrollo tenían tasas más bajas de empleo, familias más grandes, y tasas más bajas de participación social que los padres sin niños con discapacidades; la investigación desprende que el impacto directo esta en las tasas de empleo, de participación social que los padres; que se ubican en niveles bajos; en tanto que la depresión y el alcoholismo presentaba mayores índices; así también que las adherencias y convicciones en el tratamiento posibilitan optar por por estrategias de afrontamiento en su calidad de cuidadores de la persona con discapacidad.

Limiñana R. (2004), en sus estudios realizados en España sobre el trauma en madres de personas con discapacidad; esta investigación proporciona elementos convincentes del grado de afectación en los progenitores y sobre todo en la mujer; este evento tan proporciona un impacto extremadamente grande y mucho mayor cuando en advenimiento del niño o niña presenta características de discapacidad, tanto que puede convertirse en una fuente de tensión que se podría convertir en permanente, es decir en patológico.

Loubat O. (2007), aborda sobre la relación entre las estrategias y estilos de afrontamiento de padres, frente a los primeros brotes psicóticos de sus hijos adolescentes, y la adherencia a tratamiento de estos jóvenes; se observa que el grupo con adherencia a tratamiento presenta mayores puntajes de manera estadísticamente significativa respecto de la Estrategia Planificación. Por su parte el grupo sin adherencia a tratamiento presenta mayores puntajes en cuanto a la Estrategia Evitar el Afrontamiento. La investigación arroja datos interesantes que a pesar de ser una situación extremadamente fuerte para la familia tienen un afrontamiento de prototipo activo.

Serrano P. (2010), manifiestan sobre el estudio realizado en la Habana sobre Las Estrategias de Afrontamiento en Familias de Niños de 0-4 con Invalidez Motriz Cerebral y lo resume que es una situación excepcional que requiere de cambios y modificaciones en el interior del seno familiar para atender estas necesidades; el estudio determina que el clima familiar es bueno si existe una cohesión, relaciones interpersonales armónicas, de comunicación buena.

Serrata C. (2012), publica su estudio sobre los Aspectos Psicosociales de Criar un Niño con Autismo; el mismo concluye el inminente nivel de estrés de los padres de niños con discapacidad que obviamente es mayor que aquellos padres de familia que no cuentan con un hijo/a con discapacidad; así también se remarca la importancia de los terapeutas, rehabilitadores y consejeros tienen un papel preponderante en la conformación, análisis y evaluación de las redes y apoyos sociales.

López H., y Arias A. (2011), publican el estudio el Dolor y Personalidad, modelos patoplásticos y de la vulnerabilidad, en el mismo que trata la revisión bibliográfica, enfatizando la relación entre personalidad y dolor; es decir, el estudio prioriza en la descripción de la relación entre personalidad y dolor.

Lazarus R. (1966), formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan

diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés (p.e., Samper, Tur, Mestre y Cortés, 2008).

Lazarus R., y Folkman S. (1986), definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; más tarde, éste planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas

Zapata A. (2012), expone la investigación sobre las características que las madres presentan al tener un hijo con discapacidad intelectual; supone una fuente de conflictos tanto para la dinámica familiar como para los propios adolescentes, es probable que la familia tenga que reestructurarse para afrontar los niveles de estrés que puedan influir sobre el bienestar de sus miembros, esta investigación evalúa el bienestar psicológico de los padres con un niño y/o adolescente entre 9 y 14 años con retraso mental leve, estrategias de afrontamiento y posibles relaciones entre estas variables. El estudio se realiza en el Hospital Provincial Gumersindo Sayago de la Ciudad de Santa Fe, en Argentina. La investigación arroja las formas de afrontamiento en un grupo de familias con miembros con discapacidad y la relación existente con el bienestar psicológico de las mismas.

Baladin S. (2012), exploran las percepciones de padres mayores de sus hijos o hijas adultos con autismo con el fin de entender como las convicciones de los padres sobre el autismo pueden influir su afrontamiento. El análisis narrativo de entrevistas a fondo realizadas con 16 padres de 60 años de edad o más de adultos con autismo reveló que estos padres percibieron que la inteligencia, sentido de humor, y personalidad social de sus hijos o hijas están bloqueadas por el autismo; el estudio establece que los padres o cuidadores perciben o comprenden sobre el cuadro de sus hijos; así también que las adherencias y convicciones de estos, posibilitan optar por estrategias de afrontamiento en su calidad de cuidadores de sus hijos con discapacidad.

Almeida M. (2010). El presente ensayo recupera las reflexiones y producciones del equipo interdisciplinario de investigadores y docentes de la Facultad de Trabajo Social (FTS) de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), Argentina¹, proporciona por un lado revisar críticamente la noción de diversidad y las prácticas que en ella se fundan y por otra abordar la perspectiva de la producción social de la discapacidad desde el paradigma de la complejidad.

García E. (2010), publica su estudio sobre la importancia de la familia para el desenvolvimiento en determinadas situaciones de la vida cotidiana, especialmente de las personas con discapacidad, este estudio de carácter cualitativo, acerca de las necesidades sociales y familiares que presentan los menores con discapacidad en edad educativa; teniendo en consideración los factores macro sistémicos y micro sistémicos, que influyen para lograr una vida independiente. Para ello, analizamos, de manera pormenorizada, temas relativos al impacto del nacimiento; el apoyo social; las consecuencias y el futuro de las personas con discapacidad y sus familias; así como, la información y sensibilización que se deben realizar desde los poderes públicos.

Arcelloni T. (2009), publica los estudios sobre el duograma en la formación sistémica, en la cual los terapeutas y sus relaciones de pareja¹, así como también el duograma en el entrenamiento de la terapia sistémica, los terapeutas y sus relaciones de pareja.

Ricci E. (2003), hace un resumen sobre el reexamen parcial de algunos conceptos específicos, elaboraciones e ideas sobre la creación, efectiva, de la relación terapéutica, así como del enfoque de terapia familiar y de terapeuta "como estimulador de recursos" para activar de un modo directo a la familia y así producir elaboraciones y respuestas significativas, indispensable para hacer una elección terapéutica. ¿Cuáles son los aspectos que un terapeuta tendría que considerar para ser realmente auténtico en la relación terapéutica? ¿Cómo transformar la petición de ayuda terapéutica en un espacio de crecimiento para todo el sistema terapéutico (sistema familia - sistema terapeuta)? ¿Qué se entiende

con traducción de significados en terapia familiar? Estos aspectos son desarrollados siguiendo el enfoque relacional-sistémico.

Molledo A. (2004), presente su artículo, en el que analiza las características de la psicopatología nosográfica tradicional, así como la visión cognitiva procesal sistémica del síntoma; desde dicha perspectiva se analizan los conceptos y características de la normalidad, neurosis y psicosis, para finalmente profundizar en el sentido y función del autoengaño en la conciencia de sí mismo.

Terranova-Zapata L. (2014), difunde su estudio sobre la intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste en terapia familiar comunitaria.

Soriano M. (2002), presenta un ensayo analítico desde una perspectiva funcional-contextual bajo las aportaciones recientes en el ámbito de la conducta verbal, las relaciones arbitrarias entre eventos psicológicos y la derivación de funciones psicológicas. En este análisis, las aportaciones clásicas de la personalidad se resumen con cierto valor predictivo aunque reducido para la prevención y alteración del proceso del desarrollo de la personalidad. En una concepción funcional, los elementos básicos de la personalidad se definen en términos de clases de respuestas bajo el control de contingencias de reforzamiento particulares. Este artículo se centra, por un lado, en el desarrollo temprano de reforzadores condicionados y en el desarrollo de valores al hilo de la formación del comportamiento simbólico o lenguaje en el niño; y por otro lado, en este trabajo se da razón del desarrollo de las clases de respuestas, así como de algunos de los contenidos de la personalidad en el contexto del autoconocimiento. Este análisis concierne al contexto ontogenético y, consecuentemente, hace referencia a las múltiples interacciones en las que el niño se ve envuelto desde su nacimiento. Por ello, el desarrollo de estos aspectos básicos de la personalidad se ubica y contiene, como un marco inexcusable, los valores culturales que definen los diferentes momentos históricos en la comunidad verbal de referencia. No obstante, el interés en este artículo se dirige más a las interacciones niño-adulto que sin duda están ajustadas, de un modo u otro, al marco sociocultural

correspondiente. Así pues, se concluye con una reflexión sobre la responsabilidad de los adultos en el desarrollo de la personalidad de los niños.

Alarcón J. (2014), presentan el estudio sobre la conducta adaptativa como criterio diagnóstico, para determinar la discapacidad intelectual, su clasificación y características diferenciales en estudiantes de Chile, y el comportamiento adaptativo como criterio para diagnóstico de deficiencia mental en estudiantes chilenos.

Castaño F. (2010), formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés.

Espada M. (2012), pretende conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de niños con cáncer ante al reto que supone esta enfermedad. Se ha utilizado una metodología de investigación grupal y cualitativa; la muestra la constituyen 14 padres cuyos hijos hace más de dos años que han contraído la enfermedad. Se ha comprobado que los padres utilizan una gran variedad de estrategias. Unas son activas: centrada en el problema (adecuación a la acción y calma, entereza y reflexión); regulación afectiva; búsqueda de información; adquisición de apoyo social, instrumental, informativo y/o emocional; reevaluación o reestructuración cognitiva y pensamiento positivo; y distracción. Otras son pasivas: rumiación, huida/evitación, y aislamiento social. El conocimiento de estas estrategias es de gran utilidad para los profesionales de la educación en la comprensión de las reacciones de los padres, en la comunicación e interrelación con ellos y en la orientación familiar.

Cuellar I. (2012), los autores efectúan la investigación sobre la Adaptación Psicológica en Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes, la misma que resumen el cuidado de un familiar dependiente es una situación estresante que requiere una adaptación psicológica y que puede suponer un riesgo para la salud

de la persona que cuida, a más revela datos muy interesantes sobre la personalidad de cuidadores de personas con discapacidad severa; así, también las bipolaridades que se relaciona con la salud psicológica.

La revista estadounidense sobre el retraso mental, publica sobre el Bienestar Psicológico y Afrontamiento en las Madres de Jóvenes con Autismo, Síndrome de Down, o Síndrome de X Frágil, los resultados obtenidos indicaron que las madres de niños con síndrome de X frágil muestran niveles más bajos de bienestar que las de niños con síndrome de Down, pero niveles más altos que las madres de hijos con autismo, aunque las diferencias de los grupos se encontraron a través de diferentes dimensiones del bienestar. Los resultados pueden ser muy concordantes de conformidad al grado de complejidad que implican los síndrome estudiados así: el síndrome de X frágil o Martin-Bell, es poco conocido caracterizado por un déficit intelectual; en tanto que el síndrome de Down tiene una aceptación y una socialización mayor que favorece a la inclusión; en tanto que el espectro autista tiene una connotación y complejidad mayor ya que se caracteriza por una ruptura de la comunicación y la sociedad incluyendo a la familia.

Ortega P. (2012), se refiere sobre los cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad Psicología de la Familia, el mismo que resumen mencionando las condiciones en las que las familias enfrentan las vicisitudes de tener un hijo con discapacidad; considerando las formas en que padres e hijos reconstruyen su dinámica familiar; por este motivo el objetivo de la presente investigación fue describir los cambios de la dinámica familiar cuando entre sus miembros hay un hijo o hija con discapacidad. El investigador concluye que algunos cambios en la organización de las familias con hijos e hijas con discapacidad surgen desde el momento de la noticia y perduran hasta que el niño o niña es adulto.

Crowe T. (2012), publican en la revista de la terapia ocupacional sobre la investigación. Los Cambios Percibidos en Estrategias de Autoimagen y de Afrontamiento de las Madres de Niños con Discapacidades; la investigación concluyó que las mujeres que participaron en los talleres y terapia de afrontamiento mejoraron su auto imagen; el programa, permite a las madres

formen parte de una experiencia significativa caracterizada por una intervención planificada con objetivos, y metas; con técnicas, estrategias, recursos necesarios; situación que permite evidenciar los logros que sus hijos pueden tener, propiciando que estos se conviertan en ganancias afectivas de las madres y con el cambio de actitud frente al futuro de sus hijos y familias.

Rodríguez A.. (2014), exponen sobre la investigación realizada en Colombia sobre Estrategias de Afrontamiento y Características Sociodemográficas en Padres de Hijos con Trastornos del Espectro Autista, concluyen que la situación de un hijo con Trastorno del Espectro Autista (TEA) puede generar en los padres gran nivel de estrés debido a los cuidados que requiere y las formas adecuadas de afrontamiento.

Los trabajos de investigación realizados a nivel internacional, provee elementos y datos muy relevantes de la influencia de la discapacidad en el seno familiar y los cambios, que de conformidad, a características específicas de cada individuo lo confronta; estas peculiaridades de los progenitores van desde edad, género, creencia religiosa, personalidad.

2.2 Fundamentación Filosófico.

Herrera L., Medina A., y Naranjo G. (2010), manifiestan con respecto a la fundamentación filosófica que la investigación se convierte en propositiva cuando propugna brindar alternativas de solución a la problemática en la que se desarrollan las familias sujetas a esta investigación; así, la investigación se fundamenta sobre la base del paradigma crítico – propositivo; ya que realiza un análisis exhaustivo y crítico de la situación conflictiva en la que se desarrolla la vida de las familias que en su seno mora un hijo/a con discapacidad y la forma como los progenitores confrontan esta realidad, a partir de sus concepciones, percepciones y formas propias de proceder que se mantienen a través del tiempo; es decir de su personalidad y las estrategias de afrontamiento generará las condiciones para el manejo de cada familia, y del tratamiento que ésta dé a una situación determinada como es la discapacidad de su hijo o hija.

2.3. Fundamentación Legal.

El presente trabajo de investigación en encuentra amparado en una diversidad de leyes y reglamentos que facultan la investigación dentro ellas se puede iniciar con La Constitución de la República, y por citar algunos artículos relacionados con la salud, mismo que su tenor reza, en el Art. 32. Que la salud es un derecho que garantiza el estado, el estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el Acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, así también el Art. 362.- en la que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias, estos servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesaria: así también se puede citar otros cuerpos legales como:

- La Ley de Personas con Discapacidad.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural y su Reglamento General LOEI-RG.
- Código de la niñez y la adolescencia,
- Código Integral Penal COIP
- Ley Orgánica de la Salud

2.4. Fundamentación Psicológica.

Para esta investigación se utilizó las teorías y enfoques Psicosocial, Conductista, Cognocitivista y Sistémico; así:

- **Teoría Psicosocial.**

Engler B. (1996), manifiesta que esta teoría amplía el enfoque del psicoanálisis freudiano en cuatro formas; incrementando el entendimiento del yo, a más da

una explicación con mayor profundidad a las etapas del desarrollo propuesto por Freud; así amplió el concepto de desarrollo para incluir todo el curso de la vida, y explora el impacto de la cultura, la sociedad y la historia sobre el desarrollo de la personalidad. Erickson amplía, profundiza y engloba más aspectos de la persona como elementos del desarrollo de la personalidad; por lo que le observa este desarrollo como dinámico y nunca concluido.

Fragler R. y Fadiman J. (2010), plantea que la personalidad en principio, se desarrolla de acuerdo con los pasos determinados por la capacidad de progresar, de saber y de relacionarse con una esfera social cada vez más extensa de la persona en crecimiento; y que la sociedad en su principio, tiende a estar constituida de manera que cumpla y estimule la sucesión de potencialidades.

- **Teoría Conductista.**

Engler B. (1996), relata su origen y su desarrollo; el mismo que inicia en el siglo XX por John Watson, se centra en la conducta observable intentando hacer un estudio empírico de la misma y queriendo controlar la conducta. El conductismo refiere y se centra en el comportamiento y concibe que los seres humanos son maleables durante toda su vida. En la interacción con el ambiente el ser humano llega a la confirmación de sus hábitos, comportamientos, emociones y respuestas; la sociedad exige una remodelación de conductas y establece leyes que regulen a la conducta humana, entendiendo que la sociedad puede formar o deformar a una persona.

- **Teoría Cognitiva.**

Bleger P. (2010), Describe a la teoría cognitiva, como aquella que se centra en los pensamientos del individuo como punto principal que rige su vida; sostiene que la manera cómo piensa el individuo determina en gran parte la forma en cómo se siente y se comporta; la personalidad refleja la organización y estructura cognoscitiva del individuo los cuales son influidas tanto desde el punto de vista biológico como del social; bien se puede manifestar la presencia de la trilogía

pensamiento, sentimiento y conducta, y que esta estructura íntimamente ligada, propicia lógicamente una forma de afrontar las circunstancias de la vida y más en situaciones como las de tener un familiar considerado como excepcional.

- **Escuela Sistémica.**

Cibanal L. (2006), plantea y define a la familia como “sistema”; las partes componentes de éste son los objetos que se encuentran cohesionado por sus interrelaciones; la presencia de un hijo/a con discapacidad viene a romper esquemas y planes familiares; ya que éste como miembro de ese conjunto influye enormemente en la vida de todos sus elementos; los cambios inminentes y alteran todo un sistema a pesar de la flexible y dinamismo de éste, ésta variable no ponderada e inesperada muy fuerte que provoca inestabilidad en todo el sistema; que obliga a cambios y la opción de estrategias de afrontamiento y éstas serán concordantes con el grado de impacto recibido así como la personalidad de los individuos que le permite conceptualizarlas y afrontarlas; explica que la persona se encuentra inserta en un “sistema” siendo los miembros de ese sistema interdependientes, por otra parte, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema y el síntoma tiene valor de conducta comunicativa; y es considerado un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; cumpliendo la función de mantener en equilibrio el sistema.

La familia como sistema tienen abordajes diferentes, entre los más importantes se puede citar a las escuelas: Modelo de Palo Alto, Modelo Estructural y la escuela de Milán: así para los autores de la escuela de Palo Alto, los intentos de dar solución al conflicto del sistema se expresan en forma de conductas no aceptadas o problemáticas; en tanto que el Modelo Estructural, de Minuchin, manifiesta que no existe diferencia entre los problemas que tiene que afrontar una familia “normal”, y los de una familia presuntamente “anormal”: ésta última es aquella que enfrenta los requerimientos de cambio internos y externos con una respuesta estereotipada; mientras que la escuela de Milán, plantea que el síntoma es una

configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta, regla que defina cómo han de cambiarse.

Las escuelas mencionadas tienen la visión de la familia como un todo, los signos que presentan son señales visibles de un conflicto que urge solución, y las diferencias no son sustantivas entre los tipos de familia, ya que al parecer se dan reacciones estereotipadas entre los sistemas con presencia de hijos con discapacidad y de aquellos en los que no se da estas condiciones.

2.5. Categorías Conceptuales.

El marco referencial conceptual de las variables sujetas de estudio, que se confrontarán, y que servirán para la construcción del modelo de planificación segura.

2.5.1. Categorías Fundamentales

Variable Independiente

Variable Dependiente

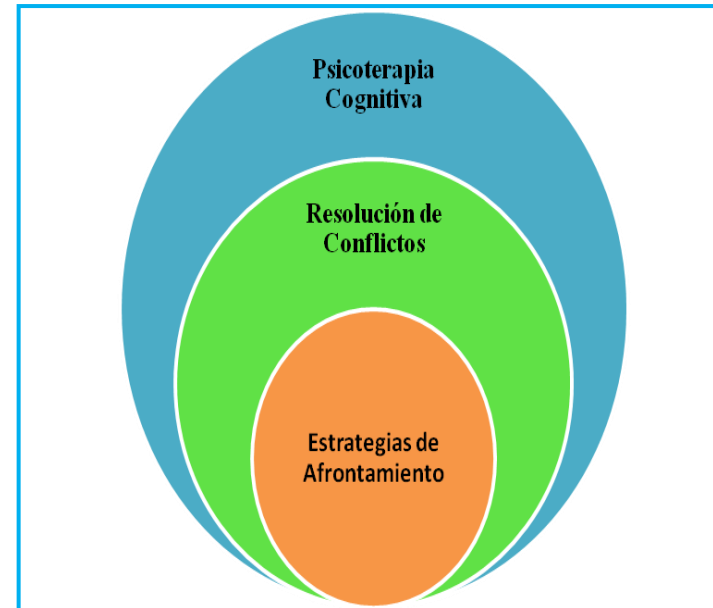
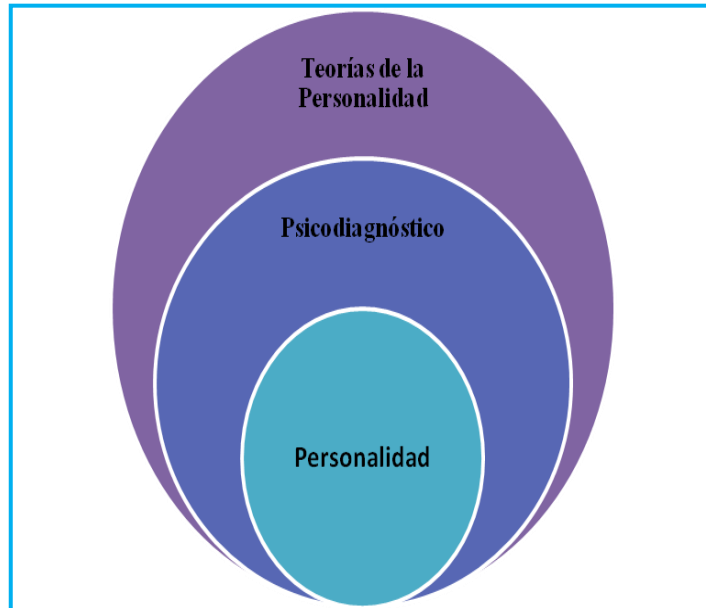


Gráfico N° 2 Categorías fundamentales

Autor : Sanmartín R. 2015.

Fuente : Investigación Bibliografica

2.5.2. Variable: Tipos de Personalidad

2.5.2.1. Personalidad

Morris S., y Fishman Ch. (2001), expresa que la personalidad generalmente se aborda para diferenciar a un individuo de otro, de lo que lo hace único y peculiar; es necesario estar claro que existen características comunes, que lo permite incluirse en una tipología determinada. La personalidad se considera como el conjunto de características psicológicas del individuo que determinan la forma o manera peculiar de actuar en cada uno de sus actos y de manera distinta que otra persona; sobre todo que la forma de ser de cada individuo tendrá una estabilidad de largo aliento; así también se podría anotar que es considerado como el patrón único de pensamientos, y conductas de un individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones.

El mismo autor cita los postulados de Carl Jung refiere, quien refiere que el inconsciente personal que contiene los pensamientos reprimidos, las experiencias olvidadas y las ideas no desarrolladas; y el inconsciente colectivo, catalogado como el río subterráneo de recuerdos y patrones conductuales que fluyen hacia nosotros desde las generaciones pasadas.

Bleger P. (2010), hace referencia a Bandura quien plantea que la personalidad es considerada como la mayor parte de la conducta humana es aprendida a través del proceso de aprendizaje por observación, siguiendo a un modelo; así Bandura va dejando de lado al conductismo puro y permite el surgimiento de estos; así en tanto que en la teoría cognitivo-social del aprendizaje ven en la conducta el resultado de la interacción de cogniciones, aprendizaje, experiencias pasadas y ambientes inmediatas; de acuerdo con Albert Bandura, ciertas expectativas internas determinan cómo evoluciona una persona, una situación y la forma en que esta evaluación influye en la conducta.

Bleger P. (2010), hace referencia a Erikson, quien sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo

cognitivo, sin embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. La teoría de Erikson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles. Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro; lo importante en este enfoque es que el ámbito social cumple un rol importante debido a la fuerza de influencia que tiene en la formación y cambios constantes en la personalidad de la persona, hasta que este fenezca.

La personalidad, hace referencia a la organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales innatas y adquiridas que conforman la conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones, así también se puede manifestar que la personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, que distinguen a una persona de otra; y va íntimamente relacionado con el temperamento y el carácter; la personalidad estructurada de diversa forma según a cada corriente psicológica permite tener una concepción de los hechos y del mundo interno propio de cada individuo y del mundo circundante, y de conformidad a estas características de mayor preponderancia y de jerarquía se definen dentro de un tipo determinado de personalidad.

2.5.2.1.1 Etapas Psicosociales de la Personalidad.

Morris S., y Fishman Ch. (2001), cita a Erickson quien subrayó la importancia que las relaciones entre progenitores e hijo tienen en el modelamiento de la personalidad, su teoría del desarrollo de la personalidad en ocho etapas que sigue teniendo mucha influencia en nuestros días; así también que la calidad de la relación entre progenitores e hijos influye en el desarrollo de la personalidad,

pues contribuye a determinar si el niño se siente competente, importante y si logra formarse un sentido seguro de la identidad personal.

Engler, B. (1996), en su obra *Teorías de la Personalidad* refiere, hace referencia a Erickson, quien se enfoca en una polaridad emocional o conflicto que los niños experimentan en ciertos períodos críticos que los niños experimentan en ciertos períodos críticos. Las demandas ambientales nuevas introyectan componentes emocionales positivos y negativos en el desarrollo de la personalidad. Ambos componentes emocionales son incorporados en alguna medida en la persona que se está emergiendo, pero si el conflicto es resuelto de manera satisfactoria, el componente positivo es reflejado en un grado mayor. Si el conflicto persiste, o no es resuelto, predomina el componente negativo. La teoría de la personalidad de Erikson lo divide en ocho etapas, que demuestra que la personalidad se encuentra en formación constante; y se caracteriza por rotaciones de un sentido a otro, mismo que es conocido como crisis vital; las ocho etapas son las siguientes:

2.5.2.1.1.1. Confianza versus Desconfianza.

El autor citado anteriormente narra a la virtud en esta etapa es la esperanza, ésta primera etapa se lo compara con la fase oral de Freud; va desde el nacimiento del niño hasta el año de edad aproximadamente, para esta edad ya existe una convivencia y experiencias satisfactorias con sus padres o cuidadores que le han proporcionado confianza y seguridad, que le faculta a sentirse seguro en la mayoría de ambientes aún cuando pudiera existir riesgo, peligros o amenazas. Si no logra satisfacción plena en esta etapa emerge la desconfianza, provoca miedo, ansiedad y por ende desconfianza.

2.5.2.1.1.2. Autonomía contra Vergüenza y Duda.

Siguiendo con el autor precedente quien describe a la virtud que se va a desarrollar es la voluntad, se genera entre el primer y tercer año; aquí inician a tener mayores posibilidades de buscar autonomía e independencia debido a sus destrezas

motoras y de lenguaje; puede: caminar; coger juguetes, cosas, prendas de vestir, alimentos; cuando existe apoyo, se vuelve en una etapa llena de confianza y se provoca la voluntad; pero ante controles excesivos los vuelve al niño/a dependiente incapaz, sentimientos inadecuado e incapaz de sobrevivir, con dependencia de sus cuidadores, docentes, y padres de familia.

2.5.2.1.1.3. Iniciativa frente a Culpa.

Continuando con el mismo autor, mismo que relata que esta etapa procura alcanzar la virtud determinismo, va desde los tres años hasta los siete, a esta edad debe haber logrado independencia y autonomía, por lo que tratan de imponer o desean hacer valer sus intereses y deseos, pueden planificar actividades, propiciar juegos; consigo mismo y con otras personas; cuando existen posibilidades de ejecutar sus iniciativas le genera seguridad para dirigir y tomar decisiones; o opuesto, lo/as niños/as no tendrán la fuerza ni seguridad lo que se provocará la culpabilidad.

2.5.2.1.1.4. Industriosidad frente a Inferioridad.

Siguiendo la línea del mismo autor y su explicación que en esta etapa propende a la virtud de competencia; se desarrolla desde los seis años llegando a la pubertad, van a experimentar sentimientos y sensaciones de satisfacción y orgullo, pueden ejecutar proyectos llegando a concluirlos, por lo que los cuidadores y sobre todo los maestros tienen un rol muy importantes en el desarrollo de esta etapa.

2.5.2.1.1.5. Identidad frente Difusión de Identidad.

Persistiendo con Engler B. (1996), quien en esta etapa busca la virtud de fidelidad, se desarrolla entre 13 y 21 años, es la búsqueda de identidad y crisis de identidad; aquí reanima los conflictos de etapas anteriores; por lo que los orientadores y guías como los padres y maestros son requeridos de manera primordial.

2.5.2.1.1.6. Intimidad contra Aislamiento.

Engler B. (1996), de la misma manera narra la etapa, en la cual procura desarrollar la virtud del amor, van de 21 a 40. Las personas poseen concepciones y sentimientos de conocer y saber quién es, tiene la posibilidad de estar con otras personas; así también no sentir miedo de perder, y perderse a él mismo; puede llegar a la malignidad que el autor denomina promiscuidad, por la búsqueda de estar con alguien sin miramientos; sean amigas, vecinas, compañeras.

2.5.2.1.1.7. Generatividad frente a Estancamiento.

Engler B. (1996), describe la virtud que buscan es el cuidado, va desde 40 hasta 60 años; esta etapa se caracteriza porque el individuo tiende a cuidar, criar, enseñar; esta etapa puede haber una gran productividad, pero sin duda también puede haber un estancamiento, en la que el amor es un factor importante en la proyección de la productividad y el futuro, en esta etapa pueden cumplir el rol de cuidadores de niños, niñas, participar en la enseñanza formal e informal.

2.5.2.1.1.8. Integridad frente a Desesperación.

Engler, B. (1996), Procura brindar una explicación sobre la virtud de la sabiduría, va de 60 años hasta la muerte; ésta última etapa de la adultez o madurez la tarea primordial es realizar la auditoria de tú vida mediante el análisis de su trayectoria; saber si cumplió con lo planificado o se percata que no hay más tiempo, esto puede generar aislamiento frustración; pero si su proyecto de vida lo cumplió será una etapa de mayor trascendencia, y podrá disfrutar los días que le quedan, pensar en la muerte como lo natural, grandes cosas por hacer.

2.5.2.2 Tipos de Personalidad.

El investigador plantea la existencia de diversos abordajes y clasificaciones de la personalidad que dependerán de cada escuela, de los estilos, de factores, de características; así como los tipos de personalidad; dentro de estos se puede citar:

Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Límite, Histriónico, Narcisista, Evitativo, Dependiente, Obsesivo-Compulsivo, y no especificado. Estos tipos de personalidad presentan características que permite diferenciarse de los demás; claro está que llegar al diagnóstico definitivo no es cosa fácil ya que en la mayoría de ocasiones los rasgos, y características que arroja el individuo sobre su personalidad no son tan claro, definidos por lo que no son excluyentes entre sí como lo plantea la teoría; dentro de los tipos de personalidad se abordará los siguientes:

2.5.2.2.1. Paranoide.

EL DSM IV. (2013), determina que las personas compatible con este tipo de personalidad se caracterizan por:

- Marcada desconfianza por las personas, pueden dar por sentado de que van a ser engañados o dañados; que existe una confabulación para dañarlos, tendiendo a creer y sentirse ofendidos.
- No confían con facilidad en criterios únicos de los demás, busca confirmar por sí mismo.
- Ponen en duda la lealtad, y fidelidad de familiares, amigos, socios
- Puede guardar rencores,
- No olvidan con facilidad las injurias e insultos,
- Pueden alcanzar un grado alto de hostilidad
- Podría llegar a la celotipia, para esto buscan reunir pruebas que no pasan de ser insustanciales y circunstanciales para confirmar sus aprensiones;
- Pretende el control sobre sus más cercanos.

2.5.2.2.2. Esquizoide.

El mismo documento anterior plantea las siguientes caracteriza por:

- Presentar dificultad para establecer relaciones interpersonales
- Carácter frío, distante y distraídos.

- Pueden ser introvertidos, retraídos, solitarios, y tienen muy pocos amigos o generalmente ninguno.
- Escasa participación en actividades sociales.
- Restricción de la expresión emocional, no desea intimar con amigos y mucho menos formar parte de una familia escoge casi siempre actividades solitarias.
- Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona .
- Disminución en el íntimo o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
- Presentan pocos amigos.

2.5.2.2.3. Esquizotípica.

Continuando con el documento citado describe ciertas caracteriza que definen este tipo:

- Carácter relativamente estable y permanente.
- Tendencia a Pensamientos Mágicos y tendencia a la fantasía.
- Déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones interpersonales.
- Ilusiones y errores senso-perceptivos.

2.5.2.2.4. Antisocial.

Este manual describe las tendencias o conductas que determinan este tipo de personalidad y entre ellas se encuentran:

- A la manipulación y engaño.
- Pueden llegar a mantener conductas sociales como aceptado.
- Caracterizado por fustigar, acosar o hurtar o destruir la propiedad ajena,
- La impulsividad, presentan poco temor a consecuencias
- Tienden a la agresividad, e irritables
- Suelen correr riesgos innecesarios.

2.5.2.2.5. Límite.

El documento referido establece características que define la personalidad límite

- Realizar cualquier cosa con el fin de lograr lo que desea obtener o evitar el abandono real o imaginario.
- Ejecuta arrojos que frenen el abandono imaginario o real,
- Los temores por una pérdida o alejamiento se generalizan hasta la separación aun cuando sea por un lapso reducido, informado y necesario,
- Presentan poca tolerancia a la soledad,
- Tiende a presentar conductas impulsivas que involucre la seguridad, ponen en riesgo de su propia vida y de la persona que lo abandona sea real o ficticia;
- Es posible la aparición de comportamientos suicidas o de automutilación; la inestabilidad afectiva se hace presente con frecuencia, asociada al estado de ánimo cambiante.

2.5.2.2.6. Histriónico.

El mismo DSM IV, refiere las características de este tipo de personalidad que se anotan a continuación.

- Puede notarse un comportamiento dramático, sobreactuado típicamente teatralizado.
- Experimentan un gran bienestar y confort cuando son el centro de atención

y si no lo logran se sienten desechados;

- Son dramáticos y vivaces y tienden a llamar la atención utilizando para ello la seducción; en las fiestas se convierten en el alma de las reuniones y cuando no lo han logrado están listos y dispuestos a realizar cualquier acto hasta aquello que puede rayar en lo inapropiado y hasta ridículo.
- Aparece sus conductas en ámbitos las relaciones familiares, laborales, sociales, y profesionales; estos individuos son emocionalmente superficiales y cambiante, y sus cambios son rápidos a medida de las circunstancias;
- Su afán es impresionar a las personas por lo que sus esfuerzos son grandes para lo cual invertirá tiempo, energías y dinero en exceso.
- Las figuras con una autoridad tienen un valor muy importante.
- Pueden ser altamente sugestionables, confiados y fácilmente influenciados, la moda de la época es aprovechada al extremo.

2.5.2.2.7. Narcisista.

El manual en referencia indica las características que definen a este tipo de personalidad:

- Grandiosidad, auto importancia, son las características y necesidades de relevancia;
- Sobrevaloración de capacidades y cualidades es una constante, misma que persiste en hacer notar esperando el reconocimiento y alabanzas de los demás llegando a rayar en lo presuntuoso y jactancioso.
- Pueden asumir que otros deben brindar valor a sus conductas y de no recibir esas muy posible experimente sorpresa,
- Es común que sus logros sean magnificados y reiterados por él mismo ya que tienen un auto concepto de brillantes, belleza, sabiduría.
- Las demandas de reconocimiento serán en exceso, permanentes y obligatorias.

2.5.2.2.8. Evitante.

El documento referido en este apartado establece las particularidades que definen este tipo de personalidad:

- El miedo a los contactos interpersonales importantes,
- La conducta se debe a la preocupación por el temor a las críticas, rechazo o desaprobación,
- Evitan los contactos en la que este involucrados público o autoridades, esta situación los llevan a declinar oportunidades de trabajo, o de hacer conocer sus capacidades.
- Rehúye a las responsabilidades y exigencias internas y externas,
- Eluden a participar en actividades grupales y lo realizan cuando tiene la convicción que contar con apoyo y protección.
- La intimidad se vuelve satisfactoria cuando existe un nivel grande de seguridad y aceptación.

2.5.2.2.9. Dependiente.

El manual de diagnóstico referido estipula los signos del tipo de personalidad en cuestión, por lo que estos sujetos son:

- Encuentran dificultad en tomar decisiones desde las cotidianas aún más aquellas de mayor complejidad y responsabilidad,
- Buscan consejos y afirmaciones permanentes, tanto que permiten que otras personas decidan por ellos debido a su pasividad;
- Tienden también a buscar apoyo y cuidado por lo que puede realizar cualquier actividad aun cuando sea desagradable para ellos, siempre que los permitan logra su fin, y esto es alcanzar el apoyo y cuidado;
- Puede ceder sus convicciones y aceptar cosas y situaciones que puedan ir en contra de sus principios, por la única razón que permanecerán con personas que le brinden apoyo y protección que necesitan.

- Se vuelven sumisos y pueden someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables, su necesidad de mantener los vínculos importantes suele soportar relaciones desequilibradas y distorsionadas,
- Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales; se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos.

2.5.2.2.10. Obsesivo – Compulsivo.

El manual de diagnóstico referido durante esta clasificación delimita los parámetros de este tipo de personalidad.

- Atención extrema a las reglas, pormenores y detalles en cada uno de sus elementos, pasos, procesos, formalidades y horarios.
- Pierden el punto central de la actividad.
- Brindan un excesivo cuidado a los pormenores lo que impide alcanzar los objetivos y completar la meta.
- Su atención se sustrae a elementos periféricos del punto central del trabajo a desarrollarse; lo que imposibilita concluir con lo encomendado.
- Pierde el tiempo procurando encontrar errores en procura de la perfección. Estos errores que los ubican son generados por sus propios sesgos y cosas insignificantes que no afectan en los resultados.

2.5.3. Variable: Estrategias de Afrontamiento.

2.5.3.1. Afrontamiento.

El Diccionario Conciso de Psicología APA. (2010), define el afrontamiento como el uso de estrategias cognitivas y conductuales para enfrentar las exigencias de una situación cuando se valora que son muy pesadas o que exceden los recursos, o para reducir las emociones negativas y el conflicto que ocasiona el estrés; ante una adversidad de gran intensidad de carácter externa y/o interno concebido por cada individuo; éste, hará uso de maniobras o estrategias para enfrentar y buscar el equilibrio emocional; el conjunto de reacciones tanto cognitivas, fisiológicas y

conductuales que el individuo opta para confrontar una situación adversa de gran impacto para sí, esto se lo conoce como afrontamiento.

Al hablar de Afrontamiento se puede abordar los estilos y las estrategias, sin pretender segregar; ya que estos no son contrapuestos sino más bien complementarias; pero por fines netamente explicativos se pretende establecer ciertas diferencias entre los dos términos; así:

Los Estilos de Afrontamiento describen las tendencias individuales para revolver situaciones, mismas que son las encargadas de las preferencias personales cuando hace uso de una estrategia de afrontamiento, en busca de la estabilidad ante la adversidad, en tanto que cuando se hablan de estrategias de afrontamiento, se refiere a procesos concretos que aplica en cada adversidad que van de la mano a la personalidad de cada sujeto; es decir los estilos de afrontamiento son las concepciones y predisposiciones individuales que vienen dadas por las vivencias que se dan a lo largo de la vida, que lo lleva a persuadirse de manera automática de tal manera ante una situación dada.

Lazarus R., y Folkman S, (1986), formula que aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así también las estrategias de afrontamiento son acciones como: cognitivas, o conductuales que el individuo pone en marcha para resolver el conflicto, que en muchos casos lo atormentan.

Lazarus R., y Folkman S. (1980), expresa que dentro de los estilos de afrontamiento se puede citar la clasificación de, que pone de manifiesto 18 de estilos de afrontamiento:

. Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Invertir en amigos íntimos, Buscar pertenencia, Fijarse en lo positivo, Buscar diversiones relajantes, Distracción física, Buscar apoyo social, Buscar apoyo profesional, Acción social, Buscar apoyo espiritual, Preocuparse, Hacerse ilusiones, Falta de afrontamiento, Auto inculparse, Reducción de la tensión, Reservarlo para sí.

2.5.3.1.1. Tipos de Afrontamiento.

Según, el Diccionario Conciso de Psicología, (2010), en el cual determinan tipos de afrontamiento; se cuenta con:

El afrontamiento centrado en la emoción que puede incluir retraimiento social, desvinculación y aceptación de la situación, a este se le conoce como afrontamiento pasivo. El afrontamiento directo de confrontación y manejo o resolución activa estará enfocado en situaciones estresantes o problemáticas, este afrontamiento se enfoca de manera directa en el problema; en tanto que las modalidades de estrategia de afrontamiento, buscan disminuir o eliminar los estresores, por ejemplo, generando posibles soluciones a un problema, las acciones de afrontamiento pueden dirigirse al yo, al ambiente o a ambos, por lo que se lo conoce como afrontamiento activo.

El afrontamiento primario comprende acciones dirigidas a modificar los estresores (es decir, sucesos objetivos o condiciones ambientales), llamado también afrontamiento de control primario, así el afrontamiento secundario, mejora la capacidad de uno para adaptarse a los sucesos y las condiciones del ambiente como son (p. ej., repensar un estresor o problema de tal forma que facilite su aceptación.) también llamado Afrontamiento de control secundario: así también plantea: el Afrontamiento pasivo, en este tipo de afrontamiento, la emoción es el punto central, y se encuentra inmerso la desvinculación, la aceptación de la situación y el retraimiento social, mientras que el Afrontamiento Directo, es aquel que se fundamenta en la confrontación directa y activa hacia los problemas o escenarios estresantes; este afrontamiento se enfocado en el problema, es

conocido también como activo; como tal se enfoca en el problema y propugna aplacar o suprimir los estresores, así bien podría generar soluciones a la problemática suscitada. Este afrontamiento corresponde al tipo de Estrategia de Afrontamiento, en tanto que el Afrontamiento de Control Secundario, que está dirigido a potenciar la capacidad del individuo para adecuarse a las condiciones del medio y los acontecimientos; procura dar una explicación a la problemática que le aflige y lograr su aceptación (p. ej., repensar un estresor o problema de tal forma que facilite su. Este afrontamiento corresponde al tipo de Estrategia de Afrontamiento.

2.5.3.1.2. Estrategias de Afrontamiento.

Lazarus R., y Folkman S, (1986), definen las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre ellas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, El APA Diccionario Conciso de Psicología. (2010), define a las estrategias de afrontamiento que se centra en regular las reacciones emocionales negativas ante un estresor, a diferencia de las acciones emprendidas para cambiar el estresor.

Bajo estas premisas es válido manifestar que el afrontamiento es una parte muy relevante del funcionamiento personal de lo que Lazarus plantea como una teoría de las emociones, y que incluía las valoraciones no estresantes de las situaciones; se concuerda con el giro epistemológico y metodológico brindado, dirigiendo hacia posiciones constructivistas y cualitativas, respectivamente. La clasificación de las estrategias de afrontamiento son variadas, mismas que en su mayoría han sido nutridas por los postulados de los autores citados con anterioridad; así amerita referirse, a la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Dentro de la escala CSI, realizada por Cano F., Rodríguez L., y García J (2006), la misma que delimitan en ocho estrategias; mismas que se

mencionan y describen a continuación y que se convertirán en el apoyo de la presente investigación; así:

2.5.3.1.2.1. Resolución de Problemas.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), se caracteriza las estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar o modificar la situación que lo produce; indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación; esta estrategia de afrontamiento se lo puede conceptualizar al proceso sistemático de acciones que se dirigen a la resolución de problemas de manera oportuna, afrontando los problemas de manera lo más adecuadamente posible.

2.5.3.1.2.2. Reestructuración Cognitiva

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), manifiestan que las estrategias cognitivas que modifica el significado de la situación estresante; indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema modificando la situación; la restauración cognitiva, parte de la concepción de la incidencia del pensamiento en el estado emocional, así como también en la conducta; por lo que es vital el manejo de sus pensamientos y control de sus ideas; por tal razón se pretende que la persona logre identificar y sobre todo corregir esas atribuciones que provocan sesgos en sus procesos mentales y de esta forma confronte situaciones conflictivas, como también permitirá luego de la evaluación encontrar diferentes posibilidades y alternativas.

2.5.3.1.2.3. Apoyo Social.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), revelan que las estrategias referidas tienden a la búsqueda de apoyo externo que puede ser amigos o familiares reflejando una afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante o emocional; esta es de gran intensidad. El

Apoyo Social se convierte en el respaldo brindado por familiares, amigos, u otros, y que se ajusta en proporcionar afecto; esto posibilita a la persona recibir apoyo emocional e información que le posibilita entender y sentirse respaldado dejando de lado la percepción de abandono y soledad.

2.5.3.1.2.4. Expresión Emocional.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), son estrategias encaminadas a liberar las emociones que se acontecen en el proceso de tensión; reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; en la expresión emocional genera un variado conjunto de emociones y puede darse en todas las personas consideradas normales, por lo que se los consideran comunes para todos y todas; entre ellas están: la ira, la tristeza, la alegría, el miedo; mismos que son manifestados en diferentes circunstancias, frecuencia e intensidad.

2.5.3.1.2.5. Evitación de Problemas.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), refieren que las estrategias de afrontamiento incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento tensionante, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, esto ayuda evitando las situaciones estresantes, entre las reacciones se puede observar el llanto o fantasear con situaciones alternativas pasadas, presentes o posibles futuras. La evitación del problema, hace referencia al uso de recursos encaminados a privar disimular sus emociones, procura impedir las reacciones emocionales que el individuo concibe como negativas por la imposición emocional, complicaciones, y efectos, dadas por sus creencias y sobre todo por una posible desaprobación social.

2.5.3.1.2.6. Pensamiento Desiderativo.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), determinan que las estrategias cognitivas reflejan el deseo de que la realidad no fuera tensionante; indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, evitando las situaciones de gran complejidad, pudiendo fantasear la realidad con situaciones alternativas. El Pensamiento Desiderativo, se refiere a las fantasías que se hacen presentes en sus mentes; es decir aborda los pensamientos del individuo aquellos alejados a las ideas y sino a esos deseos fantasiosos que le permite salirse momentáneamente de su realidad y encuentran ciertas soluciones y emociones más confortables, aún cuando sepan que son irreales pero que se dan y los conducen a un mundo paralelo en el cual se soluciona sus conflictos que le da ciertas ganancias como el confort.

2.5.3.1.2.7. Retirada Social.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), plantean las estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción. La retirada social, consiste en las acciones que el individuo efectúa con el propósito de deslindarse de aquello que lo afecta, esta forma de afrontar implica que la persona se separa de la comunidad y prefiere el aislamiento con fines de no atender a preguntas ni de contestar interrogantes que pudieran afectarlo por la pérdida.

2.5.3.1.2.8. Autocrítica.

Cano F., Rodríguez L., y García J. (2006), pregonan que son estrategias que se basan en la autoinculpción y la autocrítica y la ocurrencia de la situación conflictivas que lo aqueja o su inadecuado manejo, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción. La autocrítica, es la acción de criticarse a uno

mismo; esto, en esencia, no parece algo negativo el ser capaz de observarse y valorarse a uno mismo puede servir para no volver a cometer los mismos errores e ir mejorando a lo largo de la vida; sin embargo, para la mayoría de las personas, sobre todo las que padecen de baja autoestima, la autocrítica no es eso. En la autocrítica, los individuos con esta estrategia, presentan la peculiaridad que generalmente se juzga de manera frecuente se distinguen con criterio rígidos y que lo llevan a pensar erróneamente que se encuentra sometido a errores y que se presenta como responsable y culpables y no alcanza a perdonarse a sí mismo.

Al analizar la situación de las familias de esta investigación, de manera preferente de los representantes legales y de manera especial de las madres se puede entrever que la problemática a la que se encuentran abocados al tener que criar, cuidar, guiar y formar un niño, niña o joven con discapacidad; así

Stefani D., Sidmann S., y Pano C. (2003), refieren a la tarea que lleva una familia, en ocasiones se torna una pesada carga para quienes no están preparados para llevar a cabo la tarea y no cuentan con los medios o recursos necesarios y adecuados; es así que cuidar a un familiar con discapacidad se constituye en algunos casos en tareas agotadoras, extenuantes y estresantes, ya que deben hacer frente a los requerimiento y necesidades crecientes del miembro dependiente y que muchas veces las soluciones no están al alcance del progenitor; y que se obligan a situaciones de restricción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida. La familia que debe enfrentar nuevas tareas agravadas por la incapacidad, el dolor, tratamientos especiales; y aquellas que incumben las demandas del ciclo vital interrumpidas; esta situación de crisis que está obligada a experimentar, provoca el surgimiento de sentimientos perturbadores que afectan a los miembros del sistema y que pone en peligro la autoimagen positiva y por ende el nivel de satisfacción personal; así como el sostén del guión y de la identidad familiar.

Indudablemente el advenimiento de un hijo, hija con discapacidad, introduce en el sistema familiar una variable no ponderable, que viene con un conjunto de requerimientos que modifica sustancialmente la vida y los proyectos familiares; la

afectación es de tal magnitud que generalmente provoca ruptura de la armonía familiar o la terminación de la misma; ya que la situación demanda de mucho energía, esfuerzos, dedicación, recursos y sobre todo que se vuelven de largo aliento y en ocasiones estas demandas pueden ir en creciente durante toda una vida; lo que implica que la familia deba confrontar una realidad no deseada que puede ser conflictiva ir ampliándose, durante la vida de una familia con un hijo/a con discapacidad se vuelve más conflictiva de lo que normalmente se venía desarrollando, inicia con la aceptación y rompimiento de las expectativas que el hogar lo había abrigado; situación que en la mayoría de casos no logran vencerlo, y que se agudiza en mayor medida debido a que requiere cuidados especiales, dedicación permanente, mayores recursos cada día y en todo lugar y todo el tiempo; así también los progresos y avances se caracterizarán por una lentitud, que en muchas ocasiones son poco perceptibles y requiere de gran cantidad de tiempo; a esto se debe sumar que un miembro de la familia debe hacerse cargo de manera activa de estas demandas y que generalmente se lo da a la madre quien sumará a su carga laboral y de su hogar; por lo que está expuesto para experimentar muchas presiones y conflictos. Las presiones y conflictos que podría enfrentar los cuidadores de estas personas que en la mayoría de casos son las madres, hacen que deban multiplicar sus esfuerzos por entender y asumir la situación y afrontar la realidad; este proceso tan complicado con tantas aristas existentes ahondado por la situación económica, social, de formación hace que se vuelva harto difícil enfrentar el mundo y más aún cuando no existe un apoyo técnico multi profesional y sectorial que le permita entender de manera adecuado las características de esa realidad y pueda convertirse en un actor importante de su propio bienestar y de apoyo de su hijo o hija.

La salud familiar no es una condición estática, sino que está sometido a un proceso cambiante en función a factores intrínsecos y extrínsecos, donde juegan un papel fundamental las potencialidades que la familia, cuando uno de los integrantes de una familia padece una discapacidad inmediata ve afectado el ambiente doméstico inmediato, por lo que la concepciones, vivencias, auto concepto, auto imagen es decir la personalidad de los progenitores como ejes de

la familia y referentes de sus hijos/as, cumple un rol extremadamente relevante para el manejo y afrontamiento de la discapacidad dentro de la familia.

2.5.4. Discapacidad.

El investigador plantea que la discapacidad, es la restricción, limitación o ausencia de una competencia a efectuarse dentro de los parámetros concebidos como normales; cuando se trata la discapacidad se hace indispensable diferenciar de enfermedad, deficiencia y minusvalía; ya que muchas veces se llega a la confusión, tomándolos como sinónimos, y que de ninguna manera se lo puede considerar de esta manera.

- **Enfermedad**, es la extravió de la condición fisiológico en su cuerpo, sea esto por causas y factores de diversa índole; que se denotan por el conjunto de signos y síntomas que determinan un cuadro clínico, y que son susceptibles a curación.
- **Deficiencia**, se considera a los problemas o trastornos en estructuras de su cuerpo que alteran sus funciones, debido a pérdidas y desviaciones que bien pueden ser originadas por una enfermedad.
- **Minusvalía**, es una situación generada por la sociedad debido a la desventaja que la discapacidad genera en función a las exigencias y estereotipos sociales, y del contexto histórico cultural donde mora la Personas con Discapacidad (PcD).

Así, la enfermedad es una condición de ausencia de salud, susceptible a curación, en tanto que la deficiencia puede ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. La desviación de la norma puede ser leve o grave y puede fluctuar en el tiempo; la discapacidad, desde un enfoque social cultural es considerada como un problema social por la conflictividad de integración e inclusión de estos individuos en la sociedad, ya

que se lo ha percibido como una colección compleja de condiciones adversas, muchas de las cuales son creadas por el ambiente y la administración errónea del problema que no ha recibido una acción positiva social, ni mucho menos la responsabilidad colectiva de la sociedad en general.

La discapacidad se clasifica de tantas formas y tipos como autores o instituciones especializadas pudieran existir y quieran hacerlas; por lo que sea optado los siguientes tipos:

2.5.4.1. Tipos de Discapacidad de los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas del Distrito Ambato 2.

La discapacidad parte de una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultados discapacitantes; bien se puede clasificar a la discapacidad en varias categorías de excepcionalidad como: Física, Intelectual, Mental y Sensorial, Lenguaje; Mixtas, Multi Discapacidad, de las cuales se abordara las de mayor incidencia.

2.5.4.1.1. Discapacidad Física.

Llamada también motora, y se considera cuando la persona padece anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). Es necesario incluir aquellas que se generan en el sistema nervioso central o periférico, como las referidas a la invalidez cerebral o parálisis cerebral, las parálisis de extremidades superiores e inferiores, hemiplejias, paraplejias, tetraplejias, cuadriplejias y los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Son aquellas que puede afectar el tono, fuerza y movimiento; en si la afectación en los movimientos y movilidad.

2.5.4.1.2. Discapacidad Intelectual.

Caracterizada por un nivel intelectual inferior a lo normal que se detecta en etapas de desarrollo e incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental en sus grados profundo, severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, en esta clasificación abarca los síndromes diversos que tenga como patrón el déficit intelectual, el de mayor incidencia se encuentra el Síndrome de Down. Dentro de la discapacidad intelectual se puede abordar diversos Síndromes, que se los considera dentro de este acápite debido a que presentan como común denominador el retardo mental, así:

- **Síndrome de Down.**

Es una alteración cromosómica en el cual comúnmente se presenta una trisomía en el par cromosómico 21, su incidencia es aproximadamente 1 por cada 800 nacidos, presentan varios grados de complejidad; sus características son muy típicas, lo que lo convierte de fácil diferenciación.

- **Autismo.**

A pesar que el autismo no es una categoría de la discapacidad intelectual necesariamente, se lo aborda ya que existen diferentes niveles de retardo mental y entre las características se cuenta con un conjunto de alteraciones en el comportamiento como el aislamiento a vivir en su propio mundo, sin la capacidad de vincularse con su medio o de responder a diferentes estímulos externos.

- **Síndrome de Rett.**

Este síndrome es un cuadro clínico que afecta neurológicamente al síndrome niño o niña, siendo de mayor incidencia en el hombre que en la mujer; este síndrome es confundido muchas veces con la parálisis cerebral, el autismo o problemas de

desarrollo; dentro de las causas se manifiesta que un gen se encuentra afectado por lo que su origen lo califica como de genético.

- **Síndrome de Watson.**

Es un síndrome caracterizado por ser congénito, se da en ambos sexos y sus características tiene su origen en el primer trimestre de vida comienzo, presenta colestasis intrahepática provocada por la hipoplasia del conducto biliar, con hiperbilirrubinemia neonatal y hepatomegalia desde en cuarto mes de edad cronológica; su rostro es dismórfica (achatada), su frente es prominente, la nariz puede poseer anomalías esqueléticas.

- **Síndrome de Cornelia.**

Presenta múltiples malformaciones congénitas faciales, retardo del crecimiento, y retardo mental, estas anomalías e pueden notar desde edades muy tempranas.

- **Síndrome de Pitt.**

Es un trastorno en el neurodesarrollo, presenta retardo mental de diferente nivel y complejidad, así también dificultades respiratorias, epilepsia y su facies es muy distintiva.

- **Síndrome de Kabuki.**

Se lo conoce como de la Máscara o Kiikawa Kuroki, este síndrome consiste en una alteración congénita de causas aún desconocidas; entre las anomalías se encuentra el retardo mental, y su facies es semejante a una máscara.

2.5.4.1.3. Discapacidad Sensorial.

La categoría sensoriales incluye, para los fines de estudio a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje. Dentro del grupo de las deficiencias sensoriales se incluyen, como se ha dicho, colectivos afectados por trastornos de distinta naturaleza:

2.5.4.1.3.1. Discapacidad Auditiva.

Presenta a su vez distintos grados, desde las hipoacusias - baja audición que puede ser de carácter leve hasta la sordera total y/o pre lingüística o post lingüística, y los trastornos relacionados con los daños vestibulares o de equilibrio.

2.5.4.1.3.2. Discapacidad Visual.

Es aquella restricción de la información visual que no le imposibilita acceder al mundo visual, en este espectro se encuentra la ceguera que es la ausencia de visión es decir que el individuo no puede ni siquiera captar los haces más fuertes o intensos de luz; mientras que la baja visión es aquella patología que su agudeza visual es menor que 60/100 y el campo visual puede ser de 10° a 20°, en el mejor ojo luego de haberse realizado todos los procesos correctivos mediante todos los métodos posibles.

2.5.4.1.4. Discapacidad Mental.

Muchos autores le asocian con el retardo mental, pero esta es específica sobre los trastornos mentales como los psicóticos, esquizofrénicos, aquellos provenientes de psicopatologías irreversibles los aspectos sociales, laborales, familiares y sexuales, es decir casi todas las esferas de la persona.

2.5.4.1.5. Sordoceguera.

Es aquella discapacidad que presenta dos componentes que se encuentran afectados como la audición y la visión que no necesariamente deben ser sordera o ceguera total, como tampoco se presentará desde el nacimiento sino que progresivamente se configurará el cuadro; se debe tener claro también que no es una discapacidad mixta o sumativa, ya que tiene características propias y necesidades específicas como es el caso típico del síndrome de usher.

2.5.4.1.6. Multidiscapacidad.

Es aquella discapacidad que presenta de dos o más discapacidades a la vez y que generalmente tiene como base el retardo mental.

Se ha abordado los tipos de discapacidad, de estos cada uno tiene un nivel y se puede aventurar a elaborar cierta clasificación considerando el grado de complejidad; así:

2.5. Niveles de Discapacidad.

La discapacidad se clasifica en los siguientes niveles, mismos que se caracterizan por el nivel de autonomía o necesidad de asistencia que presentan; así:

- **Nivel Leve.** Caracterizadas por alguna dificultad permanente con la posibilidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria. Sin embargo, la persona es independiente, no requiere apoyo de terceros y puede superar las barreras del entorno.
- **Nivel Moderado.** Determinada por presentar una disminución o imposibilidad importante y permanente en su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria; llegando incluso a requerir

apoyo en labores básicas de auto cuidado, pero superan con dificultades las barreras.

- **Nivel Severo.** Es especificada por la gravedad, dificultada o imposibilidad de realizar actividades cotidianas; requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona, y no logran superar las barreras del entorno o lo hacen con gran dificultad.
- **Nivel Profunda.** Es aquella en la que la complejidad es mayor por lo que debe ser institucionalizado, y el abordaje está dirigido a actividades de la vida diaria (AVD). La discapacidad es susceptible a presentarse de manera temporal o permanente a lo largo del ciclo de vida; y la labor de cuidar a un individuo con discapacidad será de mayor o menor preocupación, esfuerzo, dedicación y desgaste será en función a las características de auto ayuda que éste maneje, al tiempo que demande, a los cuidados especiales y específicos que requiera la persona; es decir a la complejidad del cuadro de la persona Personas con Discapacidad (PcD), y esto será directamente proporcional al nivel de desgaste, y niveles de ansiedad que los progenitores experimenten.

La discapacidad es considerada de varias formas, para la mayoría de personas lo conciben como un gran problema que limitará la forma de vida y el futuro familiar, como también le conciben al niño, niña o joven como un peso o carga difícil de llevar; y en otros casos lo percibe como un castigo divino; por lo que buscaran culpabilidad entre la familia, y con ello incrementará la visión futura de manera muy desalentadora.

La convivencia con Personas con Discapacidad (PcD), la dificultad de crianza, el desarrollo lento, las dificultades de remontar obstáculos, las diferencias que se

acrecientan conforme pasen el tiempo, la aceptación de la imposibilidad de eliminar o reducir el gap entre las etapas evolutivas en que se encuentra el niño/a y su edad cronológica; estas características que se vuelven más marcadas y mucho notorias de fácil constatación, dan paso a pensamientos, sentimientos, conductas que afectan la dinámica familiar; afectando y constituyéndose así en un factor de conflicto para cada miembro del sistema familiar, y con ello determinando la afectación en la relación y bienestar familiar.; que los individuos deberán confrontar para su homeostasis y que dependerá de sus características de personalidad.

2.6. La Familia desde la perspectiva de la Discapacidad.

La familia es el conjunto de personas interrelacionadas, por lo que se lo puede ver como un sistema.

2.6.1. Concepto de Sistema.

Minuchin S. (1997), explica la movilidad del sistema, y conceptualiza a la familia como un grupo natural, que en el transcurso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca; y que; ve a la familia con la necesidad de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia . Se puede ratificar a la familia como un sistema o un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos) con vínculos que pueden ser de consanguinidad o no, con una forma de existencia económica y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y ligan.

La familia es una instancia que media entre el individuo y la sociedad; constituyéndose en un espacio de vivencias de primer orden, en la cual el sujeto tiene sus primeras experiencias que le permite adquirir valores y concepciones del mundo; es el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o por lo contrario, el foco principal de conflictos y trastornos, estas se encuentra sometidas a diversas circunstancias e imponderables que en su debido tiempo pueden convertirse en factores de inestabilidad ya que alteran la organización de la familia y las relaciones de sus miembros; en trastorno singulares. Las crisis por la que transitan las familias a lo largo del tiempo son múltiples y que las van solventando permanentemente en función de la capacidad de afrontamiento o resiliencia de la misma; en este ajuste de las familias ante la adversidad, la personalidad y las estrategias de afrontamiento son de vital importancia, por el rol preponderante que cumplen, para el equilibrio y adaptación familiar a los cambios e imponderables que se suscitan en este sistema dinámico; estas características citadas actuaran en forma tal de confrontar y de protegerse de los factores estresantes inesperados y promover la adaptación de las transiciones y crisis surgidas; como se puede denotar las crisis familiares son muy frecuentes y muchas de ellas normales que se producen durante el ciclo de la vida, y está dado porque es un sistema, en el que cada uno de los miembros genera influencia en el sistema, y este en cada uno de los elementos de este, ya que se encuentran sometidos a un número de variantes que pueden desequilibrar o desadaptar a toda la familia en momentos menos esperados.

La familia es un sistema que depende de la calidad de las relaciones entre sus miembros y de las formas de afrontar los conflictos; en el cual los padres cumplen un rol vital y mucho dependerá de la personalidad que poseen, para desarrollar estrategias de afrontamiento. Las familias tienen características propias que le permiten ir enmarcándose en un tipo determinado, de acuerdo a su conformación y las relaciones que mantienen sus integrantes; así:

Es mayor que la suma de sus partes que son interdependientes y que interactúan entre sí, también se puede decir que un sistema es un grupo de elementos que se integran con un propósito común de lograr una meta o un objetivo.

A la familia se le puede considerar como un sistema de acuerdo a las siguientes características: los integrantes de la familia son interdependientes, por lo que pueden influir y recibir influencia en él y de él sistema, por lo que se encuentra en una condición de flexibilidad constante, caracterizada por la dinámica propia de cada familia, por lo que sus límites son permeables y elimina los límites.

La familia es la célula principal de la sociedad y se podría manifestar como el más admirable de los gobiernos; desde una óptica estructural se vislumbra la integridad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico; de ahí que se conceptualiza ese conjunto invisible de requerimientos eficaces que se organizan los modos en que interactúan sus miembros y que rigen a los miembros como deben funcionar.

Minuchin S. (1997), propone la siguiente clasificación: Familias de pas de deux, familias de tres generaciones, familias con soporte, familias acordeón, familias cambiantes, familias huéspedes, familias con padrastro o madrastra, familias con un fantasma, familias descontroladas y familias psicósomáticas. Así también se puede dar una clasificación como: las Nucleares, que son aquellas en las que se da la convivencia de padres e hijos solteros; las Incompletas, conformado por uno de los padres con los hijos solteros; o la convivencia solo de hermanos en la cual uno de ellos se convierten en jefe; las familias extensas, caracterizadas por la Convivencia de tres generaciones, en el mismo seno familiar, como: (nietos hijos, padres, abuelos) u otros parentescos como primos, sobrinos, tíos, cuñados. Se puede mencionar también las familias Reconstituidas, mismas que se constituyen por la madre o el padre, separados o divorciados, con hijos de una o más uniones anteriores; las familias mixtas, se conforma por un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos, y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual; también se considera a las familias con padre visitante; mismas que

son una variante de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero socialmente no se considera como incompleta, porque él cumple con las funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia, este tipo de familia se da en culturas donde se acepta que el hombre mantenga una relación estable con dos o más compañeras con hijos.

Como se puede ver, la familia es un sistema dinámico con amenazas constantes y crisis permanentes generado por factores intrínsecos y extrínsecos que son vinculantes a la totalidad de sus miembros; el sistema en función a su estructura y características hará frente a las crisis de forma peculiar; este afrontamiento tendrá estrategias singulares, y dependerá del tipo de crisis y su complejidad. Se ha hablado de los factores adversos que provocan cambios drásticos en las relaciones de la familia tanto que impactan de tal manera que desestabilizan a éste.

2.7. Estrés en las familias con miembros con discapacidad o cuidadores de niños, niñas y jóvenes con discapacidad.

Barraza A. (2007), para el autor el estrés se puede definir como los efectos fisiológicos, psicológico y/o comportamentales de una amplia gama de estímulos aversivos o nocivos del entorno; cuando un organismo es sometido a una serie de estímulos aversivos reacciona de manera fisiológica, física, psicológica o comportamental para obtener nuevamente su equilibrio funcional.

Ander E. (2013), menciona que en la actualidad el término se utiliza para hacer referencia a una nueva y multiforme enfermedad de la civilización urbano industrial, esta se trata de una respuesta inespecífica del organismo humano ante una situación o estímulo físico o psíquico que se produce un estado de alerta y una necesidad de reajuste.

El estrés produce un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria; propicia las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial; genera trastornos de

ansiedad, accidentes cerebro vasculares y respiratoria; por lo que se considera como la causa de trastornos de ansiedad accidentes cerebro vascular y de reacciones psicosomáticas, como la cefalea y los problemas gástricos; así también produce un agotamiento físico, mental y/o emocional, y se cree que está estrechamente relacionado con el burn out que manifiesta.

La presencia de discapacidad en uno de los miembros de la familia genera tantos cambios abruptos e intensos que modifican la vida familiar, tanto que en ocasiones se vuelven incompatibles con el estilo de vida que se venía llevando y que altera el proyecto de vida ya trazado, rompiendo y modificando las expectativas y anhelos; la familia con un hijo con discapacidad afronta un desequilibrio que podría ser total, ya que su influencia es de gran espectro e involucra lo (físico, emocional, espiritual, cognitivo, social y económico) desde el momento de la sospecha, la confirmación del diagnóstico y la habilitación o rehabilitación hasta la inclusión del individuo y en algunos casos será permanente ya que no existirá la autonomía e independencia esperada por los padres, convirtiéndose en una realidad de gran sufrimiento y preocupación que afectara su vida integral; por lo que enfrentar este desequilibrio para la familia puede ser la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, así como el riesgo de trastornos o desviaciones en algunos de sus miembros, sin embargo, los conflictos y su resolución dependen de los recursos que tiene la familia para adecuarse a esta situación; así los cuidadoras buscan un medio para descargar su tensión con el fin de disminuir la angustia que les produce el cuidado y la incertidumbre por la evolución de su familiar afectado; el cuidador de un familiar con discapacidad exige que éste haga uso de estrategias adecuadas de afrontamiento con el fin de prevenir posibles alteraciones psicológicas por la constante lucha interna para controlar las emociones negativas que la labor le produce; no solo es la labor que es extenuante sino la imposibilidad de lograr la tan anhelada “normalidad” que nunca llegara de forma satisfactoria con las características esperadas por los padres ni estarán de conformidad o de acuerdo a las exigencias de una sociedad poco tolerante a la diversidad.

2.8. Hipótesis.

2.8.1.1. Hipótesis de Investigación.

El Tipo de personalidad influye sobre las Estrategias de Afrontamiento de los Representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).

2.8.1.2. Hipótesis Nula.

El Tipo de personalidad NO influye sobre las Estrategias de Afrontamiento de los Representantes legales de niños, niñas y jóvenes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18D02).

2.8.2. Señalamiento de Variables:

2.8.2.1. Variable Independiente.

Tipo de Personalidad

2.8.2.2. Variable Dependiente.

Estrategias de Afrontamiento

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de la Investigación.

Hernandez, R., Fernandez C., y Baptista P. (2004), consideran que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente; en tanto que el enfoque cualitativo se basa en la recolección de datos sin medición numérica.

Este trabajo analiza y correlaciona la información que arroja la investigación y la relación en términos numéricos y cualitativo por lo que se encuadra en el tipo investigativo cuali - cuantitativo relacionándose a lo que manifiesta por las concepciones anotadas bien se puede considerar que la investigación en mención utiliza los dos enfoque toda vez que se articulan y complementan.

3.1.1. Conceptos de la Teoría General de Sistemas.

Se puede manifestar que un sistema es la suma de elementos dinámicos e interactivos, que el bienestar o el estado de cada elemento está determinado por sí y mismo, y por la salud del sistema entero; de acuerdo a la bibliografía es posible aseverar la existencia de sistemas abiertos y cerrados; cerrados son aquellos en los que no existe intercambio con su exterior; en tanto que los sistemas abiertos el intercambio de energías, materia y/o información, es una constante y su prioridad; este sistema por su actividad y permeabilidad tiene la gran posibilidad de influir y ser influido con y por su entorno.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación:

Herrera L., Medina A., y Naranjo G. (2010), determinan tres modalidades de investigación: Campo, Documental – bibliográfica, y experimental; dentro de esta investigación se ha tomado las modalidades bibliográfica y de campo, sobre la base de las siguientes consideraciones; de campo ya que se desarrolla en el lugar que se presentan el fenómeno o el problema de estudio, es decir se pone en contacto con los sujetos de investigación que en este caso son los representantes legales de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad del Distrito Educativo 18D02., y documental ya que se nutre de información bibliográfica de primera fuente para detectar, profundizar, y ampliar conceptualizaciones y criterios sobre la personalidad y su relación con las estrategias de afrontamiento del grupo focal investigado.

3.3. Niveles o Tipos de Investigación.

Herrera L., Medina, A., y Naranjo, G. (2010), dentro de los niveles de investigación existen varios, de los cuales en éste trabajo se ha aplicado, alguno de ellos; como: Exploratorio, Descriptivo, y correlacional; que a continuación se detalla.

3.3.1. Exploratorio.

Hernandez R., Fernandez C., y Baptista P. (2004), establece que cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes; por lo que ésta investigación procura examinar los problemas de los representantes legales de los niños escolarizados con discapacidad de las Unidades Educativas Especializadas (UEE) de la ciudad de Ambato, y se constituye como exploratoria ya que no se cuenta con investigaciones de este tipo en la ciudad sujetándose a la descripción científica de este tipo de investigación.

3.3.2. Descriptivo.

Armigon J., y Jiménez J. (2005), enuncian que investigación descriptiva consiste en describir la frecuencia y características de un problema de salud en una población, describir la asociación entre dos o más variables; en tal virtud se considera que el presente trabajo pertenece al género de investigación descriptiva,

3.3.3 Correlacional.

Armigon J., y Jiménez J. (2005), manifiesta que el estudio correlacional pretende establecer relación entre dos problemas o variables, por lo que bien se puede considerar al presente trabajo como un estudio correlacional, ya que procura establecer y evaluar la relación que existe entre la Personalidad y Estrategias de Afrontamiento de un grupo focal, mediante la evaluación, análisis y asociación de variables.

3.4. Población y Muestra.

3.4.1. Población.

Herrera, L., Medina A., y Naranjo G. (2010), mencionan que la población es la totalidad de elementos a investigar respecto a ciertas características; bajo este precepto el presente trabajo investigativo, estudia y analiza a 321 representantes legales de los niños, niñas y jóvenes que asisten en calidad de estudiantes con discapacidad que forman parte de las Unidades Educativas Especializadas (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2; lo que se constituye en un estudio del universo, por lo que no existe muestra.

3.5. Tipo de Investigación.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativa - cualitativa, ya que se basa la valoración de datos obtenidos con instrumentos aplicados en las Unidades Educativas Especializadas (UEE) del Distrito Educativo Intercultural Ambato 2

(18D02), los mismos que son cuantificados en números y en términos porcentuales y cualificados mediante el análisis crítico científico.

3.5. Operacionalización de Variables.

Cuadro N° 1 Variable Independiente: Tipos de Personalidad

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas
<p>Personalidad</p> <p>“Sistema integrado que abarca las aptitudes, actitudes y los rasgos. Las aptitudes indican en qué áreas las personas adquieren rendimiento óptimo, las actitudes indican cuáles son los factores psicológicos que más inciden en el comportamiento de las personas” Cosacov (2012).</p>	<p>Psicológica</p> <p>Social</p> <p>Emocional</p> <p>Sexual</p> <p>Familiar</p>	<p>Tipo de Personalidad</p> <p>Influencia en las estrategias de Afrontamiento</p>	<p>“Normalmente me divierto y disfruto de la vida?</p> <p>Confió en la gente que conozco?</p> <p>No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser?</p> <p>La gente tiene buena opinión de mí?” (Organización Mundial de La Salud 1996)</p>	<p>Psicodiagnóstico</p> <p>Psicometría</p> <p>Instrumento</p> <p>Test IPDE. 77 Ítems</p> <p>Autores.</p> <p>Organización Mundial de la Salud.</p> <p>TEA Ediciones S.A.</p> <p>Edición Española © Organización Mundial de La Salud 1996.</p>

Autor : Sanmartín R. 2015

Fuente : Investigación Bibliográfica

Cuadro N° 2 Variable Dependiente: Estrategias de Afrontamiento.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnica
<p>”las estrategias de afrontamiento por la regularidad involucran una aproximación consciente y directa al problema” (APA Diccionario Conciso de Psicología 2010, p. 196)</p>	Control de pensamientos	<p>Manejo inadecuado centrado en la emoción, centrada en el objeto: Retirada social y Autocrítica Resolución de Problemas Reestructuración Cognitiva</p>	<p>”Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado Traté de olvidar por completo el asunto Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más Pasé algún tiempo solo Evité estar con gente Oculté lo que pensaba y sentía” Cano (2007).</p>	<p>Psicodiagnóstico Psicometría Instrumento Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Cano, F (2007) adaptación española del Facultad de Psicología Universidad de Sevilla</p>

Autor: Sanmartín R. 2015

Fuente: Investigación Bibliográfica

3.6.- Validez y Confiabilidad de los Reactivos.

3.6.1. Examen Internacional de Personalidad (IPDE).

La concordancia y estabilidad temporal del IPDE han sido estudiadas en 14 centros clínicos de 11 países de África del Norte, Europa, y Asia. En el Estudio de campo participaron 58 psiquiatras y psicólogos clínicos como entrevistadores y observadores de 716 pacientes. La fiabilidad del IPDE fueron similares a las descritas para otros instrumentos utilizados para el diagnóstico.

Establecer la validez de una entrevista clínica semiestructurada ha demostrado ser una tarea complicada, por la ausencia de un “patrón oro” aceptable. El Uso del acuerdo clínico como estándar es problemático si no disponemos de información acerca de fiabilidad y validez de los propios clínicos. La ventaja de las entrevistas semi estructuradas, como IPDE, es que poseen una validez procesal, y que sus conclusiones es más fáciles exportables, y menos susceptibles de sesgos institucionales y regionales. En teoría, proporcionan a los clínicos e investigadores un método más uniforme para la identificación de casos, y facilitan, por lo tanto, la comparación y replicación de hallazgos. Esta era la opinión de la mayoría de los clínicos que participaron en el ensayo de campo, es decir que el IPDE era un método útil y válido para evaluar personalidad con fines de investigación.

3.6.2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento. En el presente trabajo acometimos la adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) al ámbito español. Esta necesidad se justifica, por una parte, por la escasez y las limitaciones de los instrumentos disponibles en nuestro idioma, y por otra, por las excelentes potencialidades que ofrece el CSI.

Método. Fue traducido y aplicado a una muestra de 337 personas adultas de características sociodemográficas diversas, recogida de forma incidental en actividades formativas en la provincia de Sevilla.

Resultados. Los resultados mostraron unas excelentes propiedades psicométricas superando incluso las del estudio original: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con sólo 40 ítems (frente a los 72 que explicaban un 47 % en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63

y 0,89. La validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento.

Conclusiones. El CSI se comportó de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones.

Palabras clave:

Afrontamiento. Estrés. Evaluación. Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Personalidad.

3.7.- Recolección de Información.

El trabajo investigativo conllevó a un proceso sistemático y técnico de recolección de información, previa el análisis bibliográfica que sustente teóricamente este trabajo ha permitido la obtención de la información, luego la tabulación, análisis e interpretación del problema objeto de estudio.

El proceso de investigación necesario para desarrollar un trabajo adecuado implica tanto un marco bibliográfico de búsqueda, recolección y procesamiento de información que posibilite interpretar, comprender y explicar a profundidad el problema en estudio, y un proceso de carácter primario por la recolección de los datos, mismo que se logra a través del contacto directo con el objeto de estudio; en esta investigación ha sido necesario cumplir con estos pasos indispensables como el análisis y revisión de material bibliográfico y la obtención de la información mediante el contacto directo con los representantes legales de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las Unidades Educativas Especializadas (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2, mismos que se han ceñido a un plan trazado sobre la recolección de información ayudado por técnicas e instrumentos básicos de recolección de información bibliográfica y de campo; así también mediante la observación, directa e indirecta, anecdotario, entrevista; así:

a. Técnica Bibliográfica – Documental.

Se sujetó a la lectura crítica y analítica de la documentación disponible en medios impresos y electrónicos que han nutrido grandemente esta investigación.

b. Técnica de Campo.

Esta técnica permitió obtener la información ínsito, es decir, en las instituciones educativas donde estudian estos niños, niñas y jóvenes. Mediante la observación, y aplicación de reactivos.

c. Técnicas Instrumentales.

1). Test IPDE: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad

Es un reactivo de tipo cuantitativo, evalúa personalidad. Consta de 77 elementos de respuesta verdadero-falso evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

Administración: Individual.

Niveles de aplicación: Sujetos clínicos con más de 17 años con un nivel de comprensión lectora adecuado (aproximadamente al nivel de 8 años de escolarización).

Baremación: Puntuaciones directas (PD) y tasas base (TB), segmentadas por sexo.

Duración: De 15 a 25 minutos.

Autores: Organización Mundial de la Salud (1995)

2). Reactivo CSI.

Nombre: Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI.

Autor: (Cano F. 2007)

Tipo de aplicación: Auto administración con apoyo del investigador

El Descripción:

El instrumento consta de 40 ítems, y cada uno de ellos cuenta con 5 opciones (0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente); puede ser auto administrada, en un tiempo no mayor de hasta 60 minutos; y arroja ocho escalas primarias, que se detallan a continuación:

Tobin., Holroyd., Reynolds., y Kigal. (1989), las ocho escalas primarias son, brevemente: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación de las primarias: Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las sub escalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las sub escalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando una afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las sub escalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las sub escalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: Manejo adecuado: incluye las sub escalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; Manejo inadecuado: incluye las

sub escalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Es así que con la aplicación del test se obtiene ocho tipos de estrategias de Afrontamiento (Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social, Autocrítica), mismas que se pueden agrupar y alcanzar un diagnóstico; el Manejo Adecuado Centrado en el Problema; incluye la Reestructuración cognitiva y Resolución de problemas. El Manejo Adecuado Centrado en la Emoción; Incluye la Expresión emocional Apoyo social y el. Manejo Inadecuado Centrado En El Problema; Incluye el Pensamiento desiderativo y la Evitación de problemas. El Manejo Inadecuado Centrado en la Emoción; Incluye la y Autocrítica la Retirada social; con ello se puede obtener dos escalas, mismas que se obtienen por la agrupación de cuatro sub escalas primarias; así, Manejo Adecuada constituid por: Reestructuración Cognitiva, Resolución de Problemas, Expresión Emocional, y Apoyo Social; que implica que el individuo ha dedicado esfuerzos activos que le permiten adecuarse, para remediar la situación estresante; en tanto que la escala de manejo inadecuado que se encuentra conformado por: Pensamiento Desiderativo, Retirada Social, Evitación de Problemas, y Autocrítica; tiene características de pasivo y desadaptativo o afrontamiento desadaptativo.

d. Entrevista Semi Estructurada.

Herrera L., Medina A., y Naranjo G. (2010), plantea que la entrevista semi estructurada, se basa en el dialogo sobre tópicos específicos de manera planificada pero no se ajusta de manera rigurosa a un libreto pre diseñado, los datos proporcionados por los sujetos de investigación permiten ampliar, esclarecer y corroborar la información que los representantes legales proporcionan en actos anteriores; mismos que conducen a una interpretación y un diagnóstico diferencial y definitivo de la realidad; en la presente investigación se aplicó esta técnica con mayor detenimiento en los representantes legales que se podía considerar con sospecha de algún trastorno, que conforme se concluía con la aplicación se fueron desvirtuando, en la entrevista se abordó preguntas propias que permitieron obtener

datos de edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, tipo de familia, condición socio-económica, a más de aquellas necesarias que permitieran cerciorarse o desvirtuar la instauración de una patología.

e. Observación.

La observación ha posibilitado recoger datos en el momento mismo del contacto con el sujeto de estudio y así también correlacionar con los elementos de estudio que se cuenta sobre cada uno de los sujetos de investigación.

3.6.1. Procedimiento y Análisis de la Información.

Herrera, L., Medina, A., y Naranjo, G. (2010), ésta etapa es la consecuencia de la recolección de datos y el análisis correlacional con los objetivos de la investigación y su marco teórico; así se puede mencionar los pasos y procesos seguidos para superar esta etapa. Se parte de la obtención de la información en base de la administración y aplicación de reactivos o test y complementada la información con datos logrados mediante la técnica de entrevistas semiestructurada, observación directa, archivos institucional y diálogos con docentes. Luego la depuración de la información, se elabora de base de datos en hoja una electrónica para crear una tabla dinámica que arrojan los datos requeridos para la aplicación del software de (Chi-cuadrado(x^2)); posterior a estas acciones Luego de este proceso se realiza el análisis de la información en cuadros según variables de cada objetivo específico; se elabora cuadros de variables. Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis). Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

3.6.2. Plan de Análisis e Interpretación de Resultados.

El análisis y la interpretación de los resultados estadísticos se produjeron guiándose con los objetivos, la hipótesis de la investigación y su marco teórico; sobre la base de este análisis se puede establecer las relaciones y correlaciones, así como las tendencias de acuerdo con los objetivos específicos que primaron en la investigación, y de esta manera posibilitaron llegar a las conclusiones y recomendaciones necesarias como también la preparación de la propuesta que coadyuve en la solución de la problemática encontrada.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 3 Tipos de personalidad

Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Paranoide	11	3,4
Esquizoide	36	11,2
Esquizotípico	34	10,6
Histriónico	46	14,3
Antisocial	3	0,9
Narcisista	53	16,5
Límite	59	18,4
Obsesivo- Compulsivo	26	8,1
Dependiente	2	0,6
Evitativo	43	13,4
No Especificado	8	2,5
Total	321	100

Autor : Sanmartín R. 2015.

Fuente: Test (IPDE).

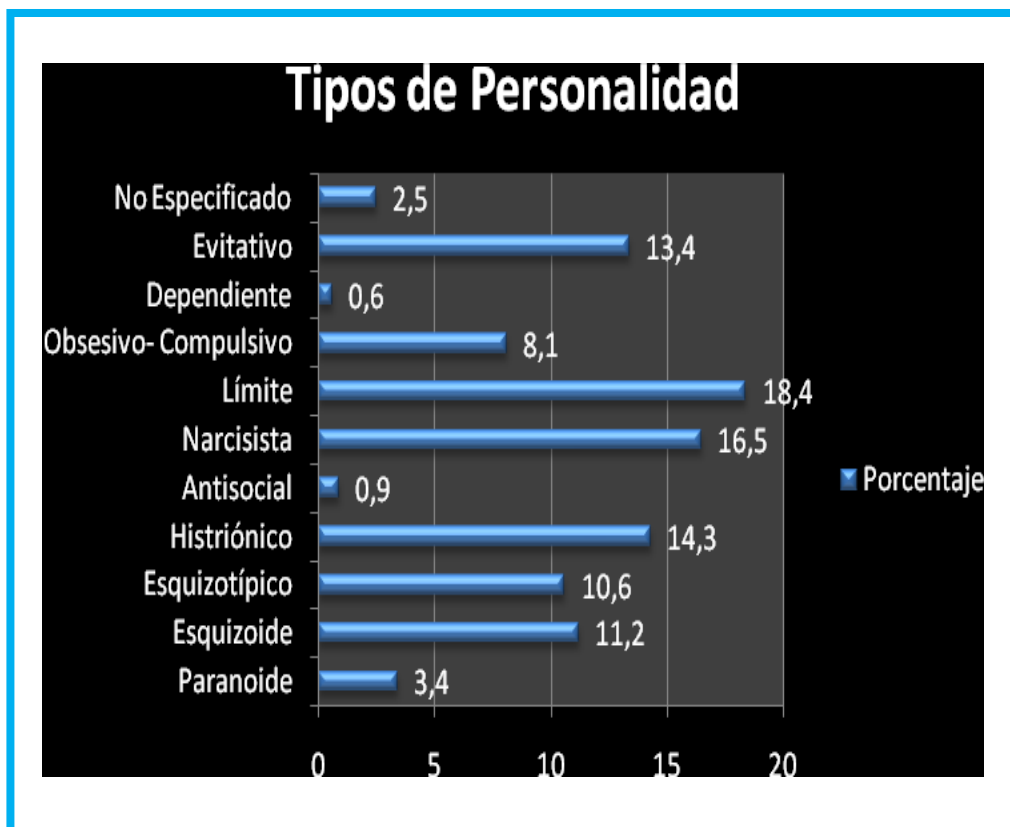


Gráfico N° 3: Tipos de personalidad

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Test (IPDE).

Análisis Cuantitativo.

De los resultados obtenidos con respecto a la personalidad de los Representantes Legales Investigados, se establece los siguientes valores: 59 individuos que equivale a (18,4%) pertenecen a Límite; 53 personas que corresponden al (16,5%) conciernen a Narcisista; 46 sujetos que significa el (14,3%) atañe a Histriónico; 43 Representantes Legales que equivale al (13,4) pertenecen a Evitativo; 36 Investigados que corresponde al (11,2%) pertenecen a Esquizoide; 34 individuos (6,10) pertenecen a Esquizotípico, 26 personas que corresponden al (8,1%) pertenecen a Obsesivo Compulsivo; 11 Representantes corresponden al (3,4%) pertenecen a Paranoide; 3 sujetos que corresponden al (0,9%) pertenecen a Antisocial; 2 personas que en proporción es (0,6%) conciernen a Dependiente; y 8

individuos que porcentualmente significan un (2,5%) son compatible con No especificados.

Interpretación.

Del análisis de los resultados se puede desprender que la personalidad de mayor incidencia es la Límite, con un número de 59 individuos que significa un porcentaje de (18,4%); se podría considerar estos resultados debido a que una persona con esas características, ante esa adversidad, y en contacto con otras personas que experimentan iguales circunstancias tienden a realizar todo lo que está a su alcance con vehemencia hasta lograr lo deseado o estar totalmente ciertos que no es posible; en tanto que la menor frecuencia es la Paranoide, con 11 sujetos que significa el (3,4%); puede ser interpretado como sujetos que buscan o investigan todo lo posibles y en todos los ámbitos y lugares para salir de la duda, como una etapa normal de un proceso de aceptación, y de elaboración del duelo.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 4 Estrategias de Enfrentamiento

Estrategias de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Resolución de Problemas	133	41,1
Autocrítica	10	3,1
Expresión Emocional	48	15
Pensamiento Desiderativo	29	9
Apoyo Social	31	9,7
Restauración Cognitiva	43	13,4
Evitación de Problemas	13	4
Retirada Social	14	4,4
Total	321	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Test (CSI).

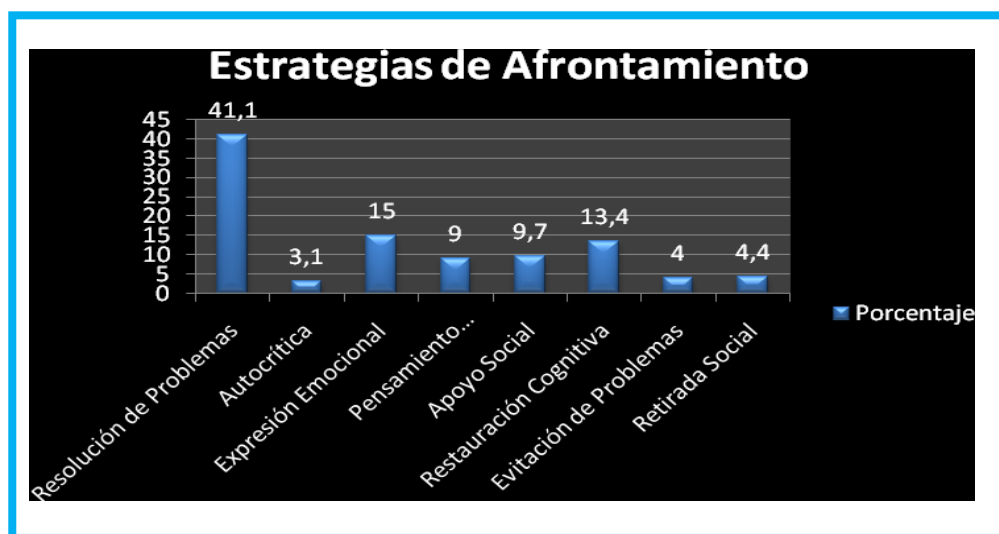


Gráfico N° 4 Estrategias de Enfrentamiento

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Test (CSI).

Análisis Cuantitativo.

De los datos obtenidos se puede manifestar que los Representantes Legales sujetos de la Investigación utilizan las Estrategias de Afrontamiento con los siguientes valores, con la siguiente jerarquización: Resolución de Problemas 133 sujetos que equivale al (41%); Expresión Emocional 48 individuos, que representa el (15%); Reestructuración Cognitiva 43 personas, que figura el (13,4%); Apoyo Social 31 representantes con un (9,7%), Pensamiento Desiderativo 29 sujetos que constituye el (9,00%), la Retirada Social 14 personas que figuran el (4,4%). Evitación de Problema 13 sujetos que representan el (4%), Social, y la Autocrítica con 10 sujetos que se constituye el (3%).

Interpretación.

Las Estrategias de Afrontamiento con mayor frecuencia que utilizan los sujetos investigados corresponden en el siguiente orden de incidencia o de jerarquía: Resolución de Problemas, Expresión Emocional, Apoyo Social, Restauración Cognitiva mismas que denotan un manejo adecuado ante la adversidad; en tanto que la Evitación de problemas, Pensamiento Desiderativo, Retirada Social y

Autocrítica; presentan un porcentaje menor, pero significativa de la población investigada; esto pertenece a un manejo menos adecuado a tener un hijo con discapacidad; y que aún no logran aceptar a plenitud la discapacidad de su hijo/a y más aún es probable que exista una situación familiar que amerita apoyo profesional para ser tratado de manera emergente.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 5 Tipo de Discapacidad

Tipo de Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad Intelectual	196	61,1
Discapacidad Física / Motora	76	23,7
Discapacidad Auditiva	49	15,3
Total	321	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Archivos de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2.



Gráfico N° 5 Tipo de Discapacidad

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Archivos de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

Los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2 presentan un diagnóstico de Discapacidad Intelectual en un número de 196 sujetos que equivale al (61,1%), en tanto que la Discapacidad física o motora en un número de 76 personas, que corresponde al (23,7 %) y la Discapacidad Auditiva en un número de 49 individuos, que concierne al (14,3%).

Interpretación.

La clasificación planteada y sus proporciones porcentuales es reflejo de la realidad estadística mundial; ya que la discapacidad Intelectual es la más amplia y variada, seguida por la física y luego por las sensoriales, dentro de estas la Auditiva; aunque la visual no se ha hecho constar en este trabajo, debido a que la investigación se circunscribe geográfica y política distinta de la planteada; es decir la Institución para personas no videntes se encuentra en otro distrito educativo, pero se hace necesario manifestar que el número de estudiantes no pasan de la decena, ya que en su mayoría se encuentran incluidos en educación regular alrededor de la provincia.

Estadístico

N	Válidos	196
	Perdidos	0

Cuadro N° 6 Discapacidad intelectual

Discapacidad Intelectual	Frecuencia	Porcentaje
Retardo Mental	75	38,3
Síndrome de Down	89	45,4
Autismo	25	12,8
Síndrome de Rett	2	1
Síndrome de Kabuki	2	1
Síndrome de Watson	1	0,5
Síndrome de Cornelia	1	0,5
Síndrome de Pitt	1	0,5
Total	196	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Archivos de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2.

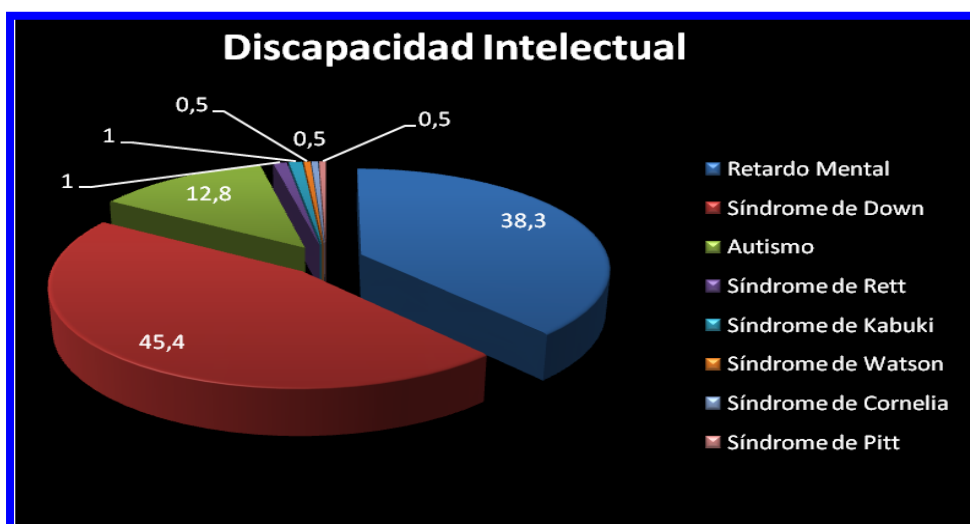


Gráfico N° 6 Discapacidad Intelectual

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Archivos de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

De los datos obtenidos se desprende que los estudiantes con Discapacidad Intelectual que asisten a las (UEE) investigadas pertenecen en la siguiente cantidad y porcentaje: Retardo Mental 75 (38,5%); Síndrome de Down 89 (45,4%); Autismo 25 (12,8%); Síndrome de Rett 2 (1,0%); Síndrome de Kabuki 2 (1,0%); Síndrome de Watson 1 (0,5%), Síndrome de Cornelia 1 (0,5%); y Síndrome de Pitt 1 (0,5%),

Interpretación.

Retardo Mental tiene la mayor incidencia, esto es debido a que las causas que generan son un gran abanico; en tanto que el Síndrome de Down, es el segundo en mayor frecuencia, debido que el nacimiento de estas personas tiene una prevalencia de 1 por cada 4000 nacidos vivos; así también el autismo presentan un número alto aún cuando la dificultad de diagnóstico es manifiesta, por lo que la cantidad bien podría incrementarse si no existiera la confusión con retardo mental puro; y el resto de síndrome son igual de reducidos a nivel mundial y que tienen como común denominador su baja capacidad intelectual.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 7 Personalidad y Discapacidad

PERSONALIDAD Representantes Legales	DISCAPACIDAD DE ESTUDIANTES						Total	
	Intelectual	%	Física	%	Auditi va	%	No.	%
Paranoide	4	1,3	6	1,9	1	0,3	11	3,4
Esquizoide	14	4,4	9	2,8	13	4,1	35	11
Esquizotípico	16	5	9	2,8	9	2,8	34	11
Histriónico	30	9,4	15	4,7	1	0,3	45	14
Antisocial	3	0,9	0	0	0	0	3	0,9
Narcisista	29	9	15	4,7	9	2,8	53	17
Límite	41	13	9	2,8	9	2,8	59	18
Obsesivo- Compulsivo	16	5	5	1,6	5	1,6	26	8,1
Dependiente	0	0	2	0,6	0	0	2	0,6
Evitante	35	11	6	1,9	2	0,6	43	13
No Especificado	8	2,5	0	0	0	0	8	2,5
Total	196	61	75	24	49	15	321	100

Autor: Sanmartin R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

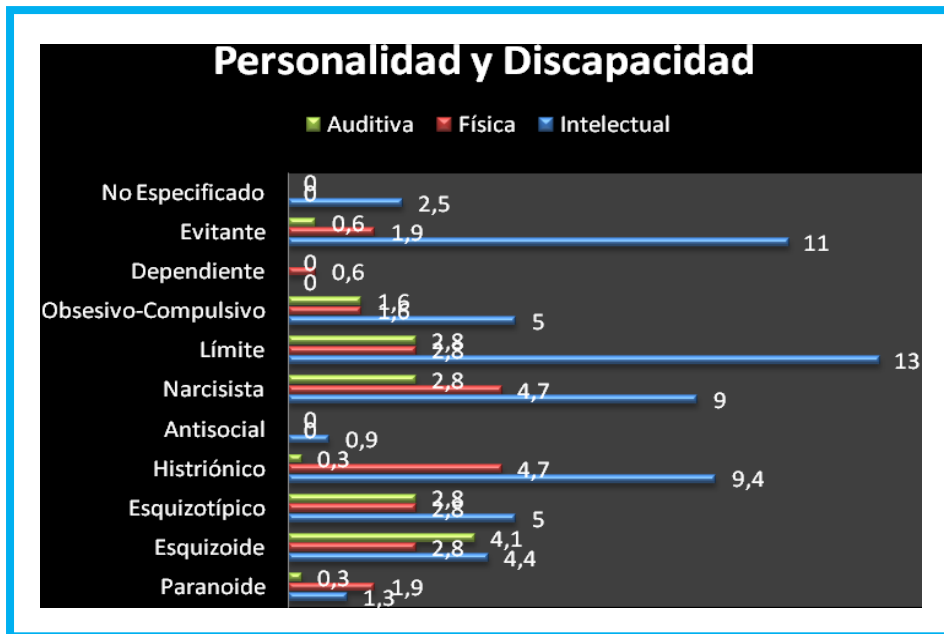


Gráfico N° 7 Personalidad y Discapacidad

Autor: Sanmartin R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

La personalidad varía su frecuencia de acuerdo al tipo de discapacidad de los representantes legales investigados; así la mayor incidencia en la Discapacidad Intelectual se presenta en la Personalidad Limite con 41 sujetos que equivale al (13%); en la Discapacidad Física 15 sujetos que se constituyen en el (4,7%) pertenecen Narcisista; y en la discapacidad Auditiva 59 sujetos que corresponden al (18%) corresponde a personalidad Límite; es necesario aclarar que en la sumatoria total la personalidad que impera es la Limite, y la de menor repitencia es la Dependiente.

Interpretación.

Un números globales la personalidad de mayor frecuencia es la Limite, y la de menor recayó en la Dependiente, pero cuando se hace el análisis por discapacidad varía denota la diferenciación clara entre discapacidades, así el estudio dota des de información relevante que permitirá continuar con investigaciones más profundas.

Estadístico.

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 8 Estrategias de Afrontamiento y Discapacidad

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	DISCAPACIDAD						Total	
	Intelectual		Física		Auditiva			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Resolución de Problemas	72	22,4	40	12,5	21	5,5	133	41,4
Autocrítica	3	0,9	7	2,2	0	0	10	3,1
Expresión Emocional	42	13,1	3	0,9	3	0,9	48	15,0
Pensamiento Desiderativo	18	5,6	4	1,2	7	2,2	29	9,0
Apoyo Social	13	4,0	15	4,7	3	0,9	31	9,7
Reestructuración Cognitiva	22	6,9	6	1,9	15	4,7	43	13,4
Evitación de Problemas	12	3,7	1	0,3	0	0	13	4,0
Retirada Social	14	4,4	0	0	0	0	14	4,4
Total	196	61,1	76	23,7	49	14,26	321	100

Autor: Sanmartín R.2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

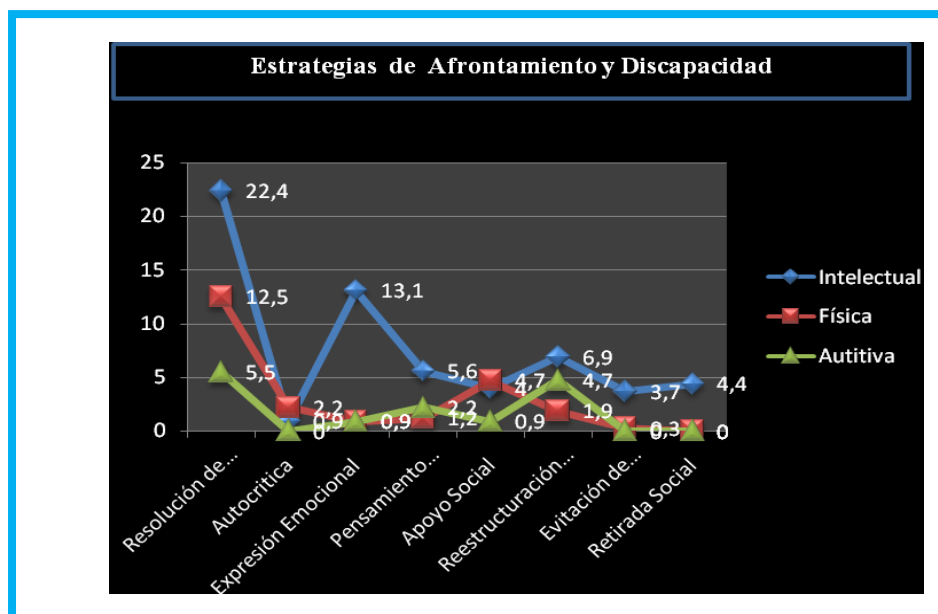


Gráfico N° 8 Estrategias de Afrontamiento y Discapacidad

Autor: Sanmartín R.2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

Las Estrategias de Afrontamiento de acuerdo a la Discapacidad, como se puede notar en la jerarquización que se expone: Resolución de Problemas con 133 (41,4%); Expresión Emocional 48 (15%); Autocrítica 10 (3,1); Reestructuración Cognitiva 43 (13,4%); Pensamiento Desiderativo 29 (9%); Retirada Social 14 (4,4%); Evitación de Problemas 13 (4%); Autocrítica 10 (3,1).

Interpretación.

Mayor incidencia Resolución de Problemas 133 (41,4%), en tanto que la de menor frecuencia en el global es la Autocrítica; en el análisis por discapacidad, Resolución de Problemas es la de mayor preponderancia en las tres categorías de excepcionalidad, no así en los indicadores de menor valor existe diferencia; así: en la Discapacidad Intelectual persiste la Autocrítica, y la Retirada Social es la de menor frecuencia en el uso en la Discapacidad Física y auditiva.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 9 Estrategias de Afrontamiento y Clase Social

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CLASE SOCIAL						TOTAL	
	BAJA		MEDIA		ALTA			
	No	%	No.	%	No	%	No	%
Resolución de Problemas	75	23,4	53	17	5	1,5	133	41,4
Autocrítica	5	1,6	5	1,6	0	0,9	10	3,1
Expresión Emocional	29	9,0	17	5,3	2	0,6	29	9,0
Pensamiento Desiderativo	19	5,9	7	2,2	3	0,6	48	15,0
Apoyo Social	18	5,6	12	3,7	1	0,3	31	9,7
Reestructuración Cognitiva	26	8,1	17	5,3	0	0	43	13,4
Evitación de Problema	3	0,9	10	3,1	0	0	13	4,0
Retirada Social	9	2,8	4	1,2	1	0,3	14	4,4
Total	184	57,3	125	39	12	3,7	321	100

Autor: Sanmartín R. 2014.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

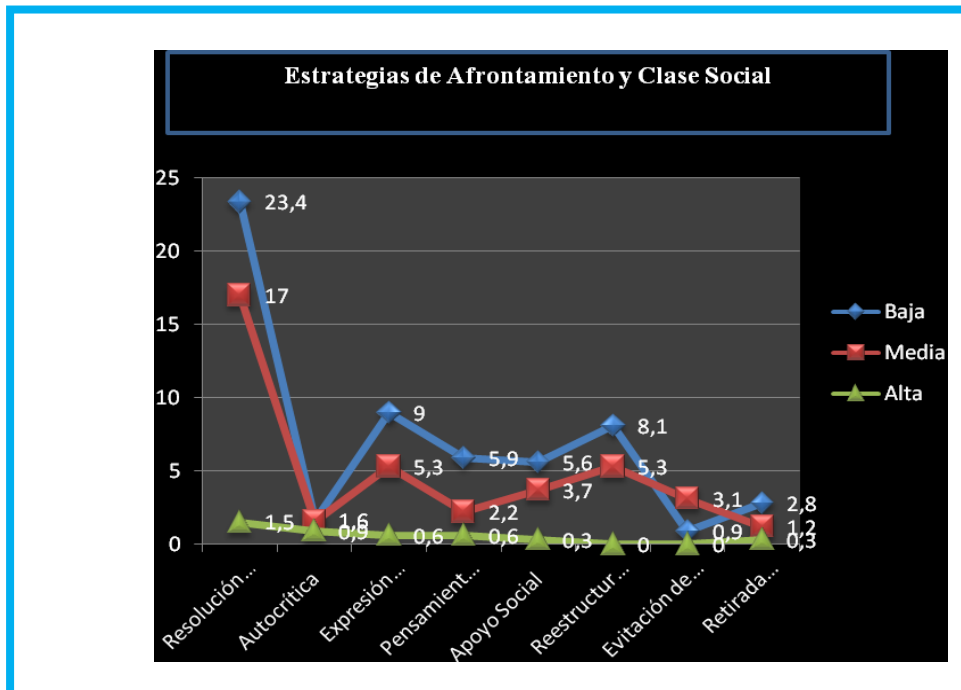


Gráfico N° 9 Estrategias de Afrontamiento y Clase Social

Autor: Sanmartín R. 2014.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

El uso de las Estrategias de Afrontamiento de acuerdo a Clases Sociales, se da de la manera jerarquizada que se describe a continuación: Resolución de Problemas 133 sujetos que equivalen al (41,4%); Reestructuración Cognitiva 43 individuos equivalen el (13,4%); Apoyo Social 31 personas que corresponden al (9,7%); Pensamiento Desiderativo 29 representantes que se constituyen en el (9%); Retirada Social 14 individuos que corresponden al (4,4%); Evitación de Problemas 13 sujetos que conforman el (4%), y Autocrítica 10 representantes que equivale al (3,1%).

Interpretación.

La tendencia se mantienen en lo global; la mayor frecuencia persiste en la Resolución de Problemas en todas las clases sociales que pertenecen los representantes legales de las UEE del Distrito Educativo Ambato 2; no así en las de menor incidencia que varía retirada social en la clase baja y media y autocrítica en la alta; con lo que permite establecer ciertas diferencias y similitudes de acuerdo a clases sociales.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 10 Personalidad y Clase Social

PERSONALIDAD	CLASE SOCIAL						TOTAL	
	BAJA		MEDIA		ALTA		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Paranoide	7	2,2	4	1,2	0	0	11	3,4
Esquizoide	15	4,7	20	6,2	1	0,3	36	11,2
Esquizotípico	21	6,5	12	3,7	1	0,3	34	10,6
Histriónico	26	8,1	19	5,9	1	0,3	46	14,3
Antisocial	0	0	3	0,9	0	0	3	0,9
Narcisista	32	10,0	17	5,3	4	1,2	53	16,5
Límite	41	12,8	17	5,3	1	0,3	59	18,4
Obsesivo-Compulsivo	11	3,4	13	4,0	2	0,6	26	8,1
Dependiente	2	0,6	0	0	0	0	2	0,6
Evitativo	24	7,5	18	5,6	1	0,3	43	13,4
No Especificado	5	1,6	2	0,6	1	0,3	8	2,5
Total	184	57,3	125	38,9	12	3,7	321	100

Autor: Sanmartín R.2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

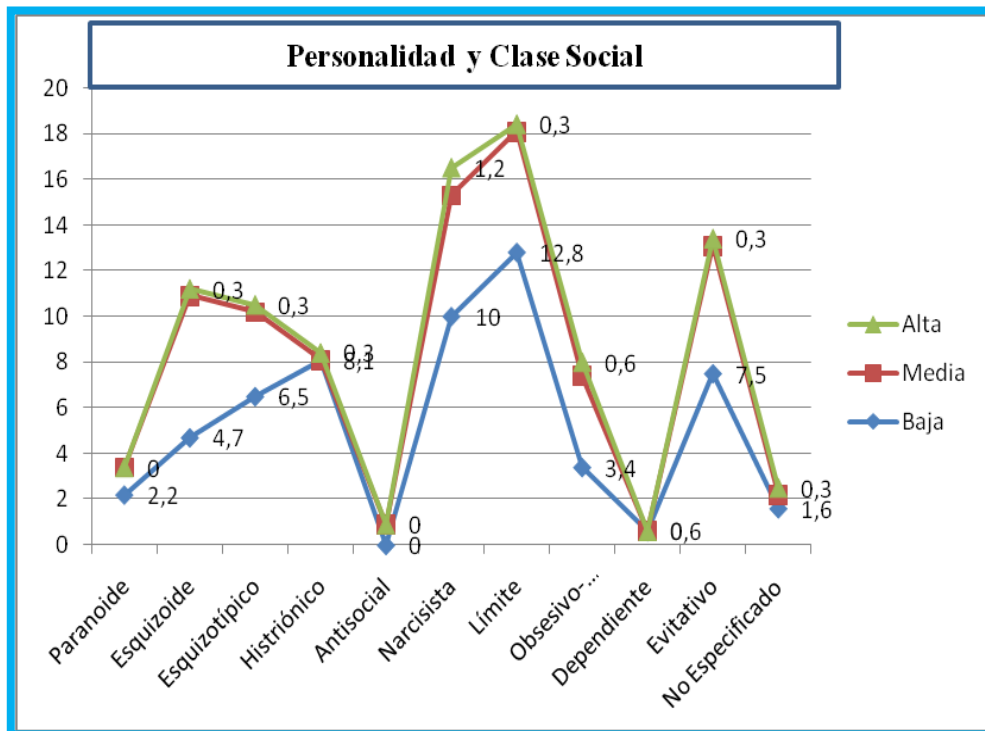


Gráfico N° 10 Personalidad y Clase Social

Autor: Sanmartín R.2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

Los datos obtenidos dan cuenta los resultados globales en las que se cita de acuerdo a frecuencias de mayor a menor: Límite 59 (18,4%); Narcisista 53 (16,5%); Histriónico 46y (14,3%); Evitativo 43 (13,4%); Esquizoide 11 (10,6%); Obsesivo- Compulsivo 26 (8,1%); Paranoide 11 (3,4%); Antisocial 3 (0,3%); Dependiente 2 (0,6%); y un número de 8 no específicos, esto cuando se trata de números totales; al realizar una diferenciación por clase social arrojan los siguientes datos: En la clase social baja la personalidad de mayor incidencia es la límite con 41 individuos que equivale al (12,8%), en tanto que la de menor incidencia es la Antisocial con 0 individuos que representa el (0%); en la clase social Media, la personalidad de mayor incidencia es la Esquizoide con 20 individuos que representa el (6,2%), la menor frecuencia con 0 individuos que equivale al (0%) y pertenece a Dependiente; en tanto que en la clase social Alta la

personalidad de mayor predominio es la Narcisista con 4 sujetos que equivale al (1,2%); y sin puntuación Antisocial y Dependiente.

Interpretación

La predilección por optar por una estrategia de afrontamiento varía de acuerdo a la clase social que pertenecen los sujetos, esto se nota sobre todo en las de mayor predilección; en tanto que en las de menor preferencia existe una constante como la de optar con menor frecuencia por la dependiente y antisocial de manera marcada.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 11 Sexo y Edad

SEXO	EDAD										TOTAL	
	20 – 30		30,1 – 40		40,1 – 50		50,1 – 60		60,1-			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombre	4	1,25	6	1,87	4	1,25	3	0,93	1	0,31	18	5,61
Mujer	54	16,8	172	53,6	54	16,8	18	5,61	5	1,56	302	94,1
Total	58	18,1	178	55,5	58	18,1	21	6,54	6	1,87	321	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

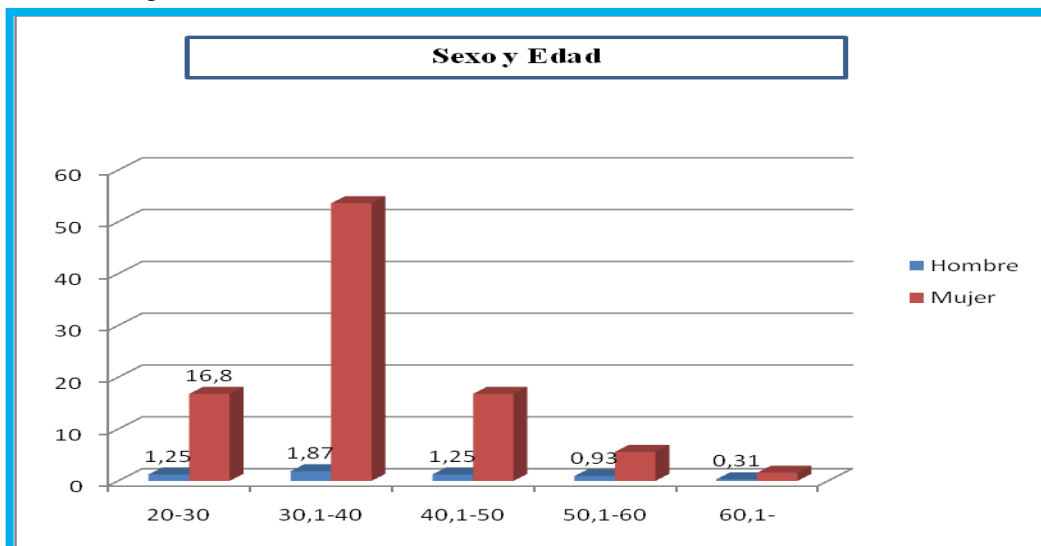


Gráfico N° 11 Sexo y Edad

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

Las edades en las que oscilan los Representantes Legales que forman parte de la investigación se encuentran en con una gran dispersión de edad, que va desde los 20 a más de 60 años; en los siguiente rangos: de 20 – 30 años 58 sujetos que representan el (18,1%); de 30,1 – 40 existen 178 sujetos que constituyen el (55,5%); de 40,1 – 50 años se encuentran 58 representantes que corresponden al (18,1%); de 50,1 – 60 se cuenta con 21 personas que significa el (6,54%); y de 60,1 en adelante existen 6 sujetos que conforman el (1,87%).

Interpretación.

El grupo investigado de mayor frecuencia se encuentra en el rango de 30,1 – 40 años con un número de 178 sujetos que representan el (55,5%), y son representantes legales femeninos que presentan estas edades de mayor riesgo en el embarazo y parto que pueden provocar discapacidad.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 12 Nivel de Instrucción y Sexo

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE		MUJER		No.	%
	No.	%	No.	%		
Analfabeta	1	0,3	7	2,2	8	2,5
Educación Básica	4	1,2	150	46,7	154	48,0
Bachillerato	10	3,1	119	37,1	129	40,2
Estudiante	0	0	10	0,3	10	0,3
Tercer Nivel	3	0,9	23	7,2	26	8,1
Cuarto Nivel	0	0,0	3	0,9	3	0,9
Total	18	5,6	303	94,4	321	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

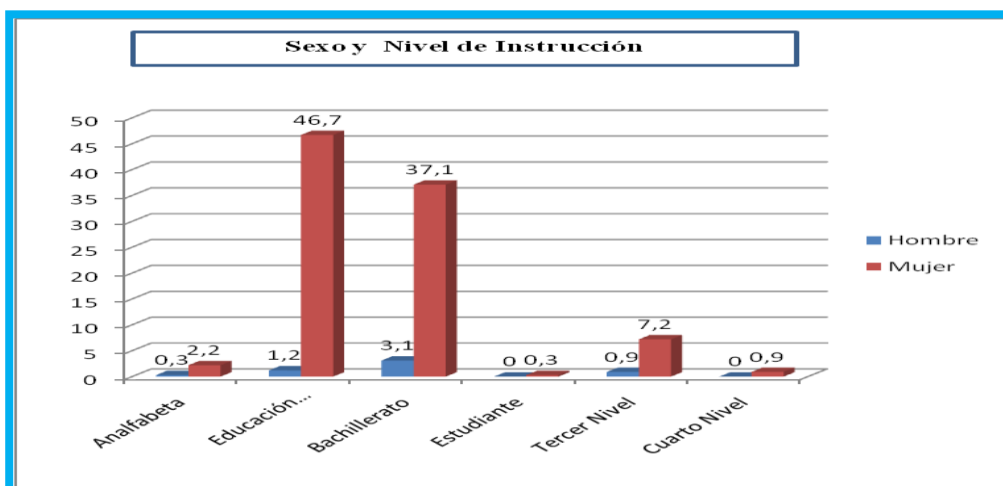


Gráfico N° 12 Nivel de Instrucción y Sexo

Autor: Sanmartín R.2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

De la investigación realizada en las (UEE) se desprende que 5,6% Hombres de los Representantes Legales son Hombres y que el 94,4% son mujeres; así también de ellos los Analfabeto son 2,5%; mientras que el 48% son de Educ. Básica, el 40,2% pertenecen a Bachillerato; el 0,9% corresponden a Tercer Nivel; el 0,9% concuerdan con Cuarto Nivel 0,9%; el 0,3% son Estudiantes.

Interpretación.

El porcentaje elevado de representantes legales pertenecen a mujeres, esto es muy común en la sociedad ecuatoriana, que las madres de familia sean quienes tengan el rol de representantes, y mucho más cuando se trata de estudiantes con discapacidad. Con respecto al Nivel de Instrucción de los Representantes Legales investigados el nivel de mayor frecuencia es la Educ. Básica y el menor Cuarto Nivel y en proceso de estudios; esto se puede considera normal ya que los sujetos investigados pertenecen a una clase económica baja, y la discapacidad de sus hijos en la mayoría de los casos el ser cuidador de estas personas no cuentan con tiempo para dedicar a los estudios o formación de las madres de familia.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 13 Nivel de Ocupación y Sexo

OCUPACIÓN	SEXO				TOTAL	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Quehaceres Domésticos	10	3,1	178	55,5	188	58,6
Comerciante	1	0,3	47	14,6	48	15,0
Profesional	2	0,6	21	6,5	23	7,2
Artesano-Albañil	0	0,0	14	4,4	14	4,4
Ejecutivo	4	1,2	23	7,2	27	8,4
Agricultor	0	0,0	16	5,0	16	5,0
Conductor	1	0,3	1	0,3	2	0,6
Estudiante	0	0	3	0,9	3	0,9
Total	18	5,6	303	94,4	321	100

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

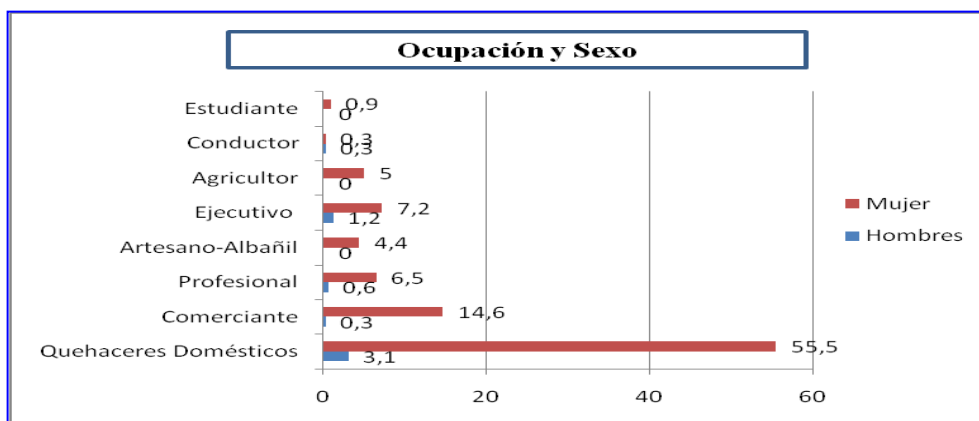


Gráfico N° 13 Nivel de Ocupación y Sexo

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

La investigación arroja los siguientes datos de ocupación: 58% pertenecen a Quehaceres Domésticos, el 15% son Comerciantes, 8,4% son Ejecutivos Públicos o Privados; 7,2% son Profesionales; 5% son Agricultores; 4,4% Artesanos; 0,9% Estudiantes; 0,6 % conductores.

Interpretación.

Los Quehaceres Domésticos tienen una frecuencia mayor; y conductores de vehículo como índice más bajo; esto se puede considerar como lógico si se hace una relación con el nivel de instrucción de las madres de familia o representantes legales de los estudiantes con discapacidad de las UEE investigadas y la necesidad de contar con mayor tiempo para atender a sus hijos y sobre todo a la persona que tiene discapacidad que es un trabajo permanente.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 14 Personalidad y Estrategias de Afrontamiento

PERSONALIDAD	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO								TOTAL
	R P	AC	EE	PD	AS	RC	EP	RS	
Paranoide	8	0	0	1	0	2	0	0	11
Esquizoide	16	2	2	4	4	8	0	0	36
Esquizotípico	21	2	0	3	2	4	1	1	34
Histriónico	30	1	1	2	7	4	0	1	46
Antisocial	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Narcisista	19	0	1	10	14	9	0	0	53
Límite	7	1	32	6	2	11	0	0	59
Obsesivo- Compulsivo	14	2	3	1	1	3	2	0	26
Dependiente	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Evitativo	13	2	2	2	0	2	10	12	43
No Especificado	0	0	7	0	1	0	0	0	8
Total	133	10	48	29	31	43	13	14	321

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

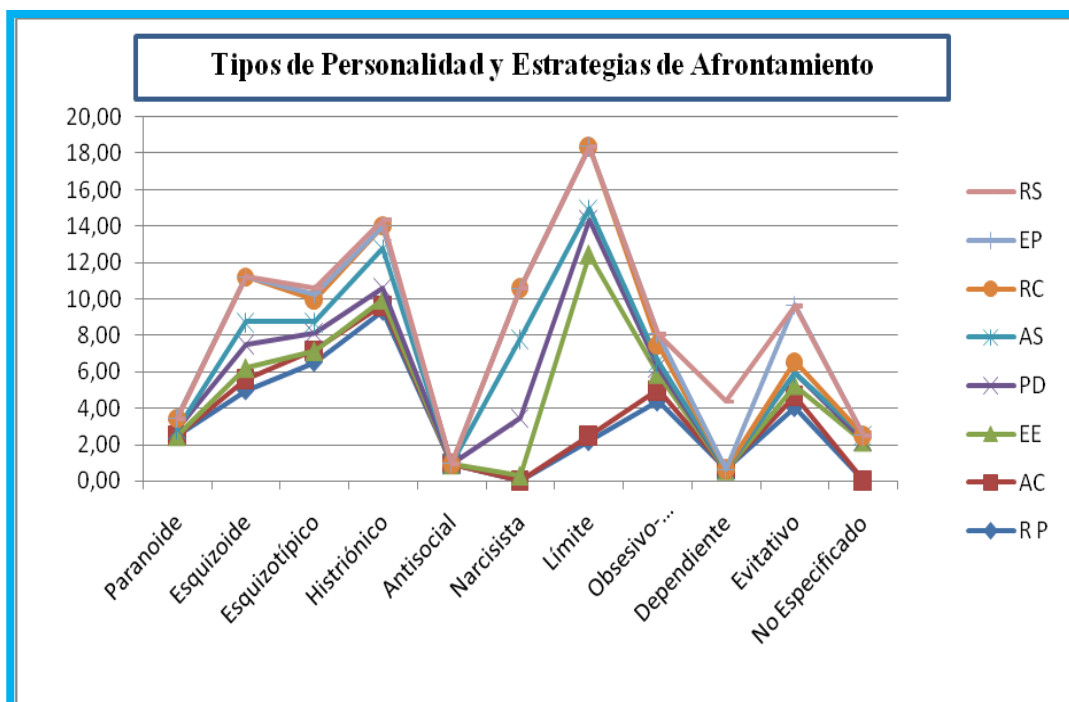


Gráfico N° 14 Personalidad y Estrategias de Afrontamiento

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Análisis Cuantitativo.

De los 11 sujetos con personalidad Paranoide, optan por diferentes Estrategias de Afrontamiento, que se jerarquizan por los valores, así: 8 individuos prefirieron por la Resolución de Problemas; 2 sujetos optan por Reestructuración Cognitiva, y 1 sujeto prefiere el Pensamiento Desiderativo; se puede interpretar de su elección debido a que estas personas, su desconfianza, y duda le obligará a que procuren información, evidencias sobre la discapacidad, medios de afrontarlo, lo que le conducirá a conocer de la realidad posiblemente hasta el punto adquirir cierto grado de experticia, que le posibiliten confrontar la discapacidad; por lo que muchos de los padres y madres de familia visitarán todos los centro posibles que le manifiesten de lo que él desea escuchar.

De los Representantes Legales investigados 34 de ellos pertenecen a Esquizoide, y ellos han optado por diversas Estrategias de Afrontamiento; así: 21 sujetos eligieron por la Resolución de Problemas, 2 individuos prefirieron por la

Autocrítica, 3 personas optaron por el Pensamiento Desiderativo, 2 representantes eligieron Apoyo Social; 4 investigadores optaron por la Reestructuración Cognitiva; 1 persona prefiere la Evitación de Problemas, y el individuo escogió la Retirada Social.

Al análisis de la personalidad y la Jerarquización de las Estrategias de Afrontamiento se puede correlacionar que existe relación e influencia de la personalidad en la Resolución de Problemas debido a que son individuos de escasa participación en grupos sociales, que se centra en sí mismo y en pocas cosas o personas, que le posibilita determinar y manifestar sus errores y buscar la solución; así la persona hará frente a esta adversidad dentro de su propio mundo.

La investigación arroja que 36 individuos como Esquizotípico; que para confrontar la adversidad que representa la convivencia con la discapacidad de sus representados deberán elegir Estrategias de Afrontamiento y que lo han efectuado de acuerdo a la siguiente jerarquización: 16 sujetos prefirieron por la Resolución de Problemas; 8 personas optaron por la Reestructuración Cognitiva; 4 representantes prefirieron por el Pensamiento Desiderativo; 4 individuos optaron por el Apoyo Social; 2 personas se acogieron a la Autocrítica; y 2 individuos eligieron la Expresión Emocional.

La selección de las estrategias se relaciona con las características de un Esquizotípico, debido a que estos individuos sin acogerse a todas las normas sociales, y centrarse en sí mismo, a la capacidad de encontrar, aceptar, y manifestar sus errores; podrá corregir sus percepciones inadecuadas, y lograr la resolución de problemas y corregir cognitivamente, estas personas bien podrán buscar solución con técnicas, enfoque o filosofías diferentes a las convencionales, como visitar a shamanes, vegetariano o cualquier persona que le propongan terapias alternativas.

La investigación arroja datos que 46 individuos que corresponden a personalidad Histriónico; de ellos 30 sujetos utilizan la Estrategia de Resolución de Problemas, 7 individuos escogieron Apoyo Social, 4 investigadores optaron por la Reestructuración Cognitiva; 2 representantes prefirieron el Pensamiento

Desiderativo; 1 persona optó por Autocrítico, 1 sujeto prefirió la Expresión Emocional; y 1 individuo escogió Retirada social. Con las características de esta personalidad pretenderá ser la protagonista de cualquier proceso incluyendo la solución de su problema, por lo que buscaran ser los actores y protagonistas de la solución de problemas, y su busca el apoyo social, esto tendrá una intención de notoriedad.

De los 3 individuos Antisocial, los tres utilizan la Resolución de Problemas como Estrategias de Afrontamiento, y se relaciona con la personalidad ya todas las personas desean estar exentos de problemas y conflictos independiente a aceptar y acatar o no las adversidades a su familia.

De los 53 sujetos Narcisistas, 19 personas escogieron la Resolución de Problemas, 1 individuo optó por la Expresión Emocional; 10 investigados tomaron el Pensamiento Desiderativo; 14 representantes decidieron por Apoyo social; 9 personas escogieron la Reestructuración Cognitiva; De las características de esta personalidad que hace que el individuo sea el centro de atracción y el protagonista de todo proceso, y mucho más si le corresponde a sus propias decisiones y por lo que optará por la resolución de sus problemas, pero también bacará el apoyo social por la necesidad de notoriedad.

De los 59 sujetos Limite, 7 personas tomaron a la Resolución de Problemas, 1 persona escogió la Autocritica; 32 investigados se acogieron a la Expresión Emocional; 6 personas prefirieron por el Pensamiento Desiderativo; 2 individuos optaron por el Apoyo Social; 11 personas escogieron la Reestructuración Cognitiva; Los limite en su afán de enfrentar la adversidad y hará todo y más de lo posible para tenerlo cerca y de ninguna manera perderlo.

Los 26 sujetos Obsesivo - Compulsivo, 14 personas optaron por la Resolución de Problemas, 2 sujetos escogieron el Autocritico, 3 individuos prefirieron la Expresión Emocional, 1 persona optaron por el Pensamiento Desiderativo, 1 individuo prefirió el Apoyo Social; 3 personas decidieron por la Reestructuración Cognitiva, 2 personas optaron por la Evitación de Problema. Los obsesivos se apoyarán de todo las estrategias disponibles tratará de cumplir con todos los

pasos, y continuará buscando cada el mínimo detalle con el fin de alcanzar la perfección que desgraciadamente no lo logrará y perderá el tiempo.

Los 2 sujetos Dependientes, 2 personas optaron por la Resolución de Problemas, el número es muy pequeño y estas personas no pueden mantener un problema por lo que busquen solucionarlos de cualquier manera. ; Estos sujetos tendrán un la necesidad de aprobación y apoyo, que le permitirá solucionar sus problemas.

Los 43 sujetos Evitativo utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento, como: 13 sujetos prefieren la Resolución de problemas, 2 sujetos prefieren la Autocritica, 2 ciudadanos escogieron por la Expresión Emocional, 2 individuos tomaron el Pensamiento Desiderativo; 2 sujetos prefieren la Reestructuración Cognitiva; 10 personas prefieren la Evitación de Problemas, 13 individuos optaron por la Retirada Social; en como característica de la personalidad de esas personas son evitar y concuerda plenamente con la estrategia de evitar problemas y la retirada social que consiste abandonar y alejarse de los problemas; este caso con los resultados obtenidos concuerda plenamente con la teoría científica; entre la huída, Retirada Social como estrategia de afrontamiento y el evitar y alejarse, como parte de la sociedad.

No específico 7 sujetos optan por la Expresión Emocional, 1 persona optaron por el Apoyo Social, es necesario considerar que estos son una excepcionalidad por conjugarse todo y no haber una especificidad.

Estadístico

N	Válidos	321
	Perdidos	0

Cuadro N° 15 Relación y Comprobación de Hipótesis

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	312,883	70	0,000	0,000	
Razón de verosimilitudes	288,372	70	0,000		
Estadístico exacto de Fisher	0,000			0,000	
Asociación lineal por lineal	19,433	1	0,000		
N de casos válidos	321				

Autor: Sanmartín R. 2015.

Fuente: Tipos de Personalidad de los Representantes Legales de los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad, estudiantes de la Unidades Educativas Especializada del Distrito Educativo Ambato 2.

Interpretación.

La aplicación del software determinan que existe relación entre el Tipo de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento, $X^2(70) = 0,000$, $p < 0,001$, $N = 321$), por lo que es aceptada la Hipótesis.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

Del análisis de la información obtenida se puede concluir que:

- De la aplicación del programa informático estadístico “SPSS” en el cual se realiza la prueba Chi-Cuadrado de Person; la misma establece el coeficiente significativo de 049, lo cual indica la relación entre las variables expuestas; por lo que en función a la Verificación de Hipótesis, mediante la aplicación del (chi cuadrado), y la obtención de los resultados de $(X^2(70) = 0,000, p < 0,001, N = 321)$, se asevera la existencia de relación entre tipo de Personalidad y las Estrategias de Afrontamiento; por lo que la Hipótesis es aceptada.
- En la investigación se determinó que el tipo de personalidad predominante en los Representantes Legales de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2 es la Límite con un porcentaje de 18,4 %, y esta se caracteriza por la inestabilidad; mientras tanto la de menor frecuencia es la Dependiente con un porcentaje de 3%.
- De la misma manera se estableció la diversidad de Estrategias de Afrontamiento que utilizan los Representantes Legales de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2; constatándose que la estrategia de mayor aplicación es la Resolución de Problemas con el 41,4%; y en tanto la de menor frecuencia es la Autocritica con el 3,1%.

- En la investigación también se relevó que las familias de los estudiantes con Discapacidad de las (UEE) del Distrito Educativo Ambato 2: el 57,3%, de ellas corresponde a la clase socio-económica baja. La mayor incidencia de edad de los Representantes Legales oscilan en el rango de 30,1 a 40 años con un 55,5%; y el Nivel de Formación de mayor incidencia es el de Educación Básica con el 48%; en cuanto a la Ocupación el valor mayor que corresponde al 58% pertenece a Quehaceres Domésticos; y finalmente el porcentaje mayor de representantes legales que el 94,4% corresponde al sexo a mujeres.
- La Discapacidad de mayor incidencia es la Intelectual con el 61,1 % y de estos el 45,5 % corresponden al síndrome de Down.

5.2. Recomendaciones:

En razón de las características de las familias de los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas del Distrito Educativo Ambato 2, y los datos obtenidos se recomienda:

- Socializar a las autoridades y equipos transdisciplinario de las Unidades de Educación Especializada sobre los resultados de la investigación realizada en las mismas; poniendo énfasis en los hallazgos psicológicos encontrados que ameritan la intervención de especialidad; como también es necesario que se establezcan reuniones de trabajo con el investigador para determinar las prioridades y la modalidad de atención de los casos que amerita sobre la base de los datos obtenidos en esta investigación.
- Los equipos transdisciplinario de las Unidades Educativas Especializadas y el investigador deberán tener reuniones de coordinación para desarrollar programas de atención a las familias que requieren atención de conformidad al tipo de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

- Las instituciones de Unidades Educativas Especializadas investigadas deben desarrollar programas y proyectos sobre el manejo de la discapacidad en el hogar, dirigidos a todos los miembros de los miembros de la familia.
- Establecer programas de atención a las familias con el enfoque sistémico, que aborde aspectos como, sensibilización, concienciación sobre la discapacidad y manejo del conflicto generado por la presencia de un miembro de la familia con discapacidad.
- Las instituciones investigadas deben continuar con la investigación sobre las incidencias de los diferentes tipos de discapacidad, con el objeto dar una atención específica a esos estudiantes.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos.

6.1.1 Título.

“Plan de intervención multimodal para familias con miembro con discapacidad”.

6.1.2 Datos informativos:

Institución: Universidad Técnica de Ambato.

Población: Familiares de los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas (UEE) del Distrito Ambato 2.

Tiempo: Catorce sesiones de sesenta minutos cada uno de ellas

6.1.3 Beneficiarios:

Directos:

- Familiares de los estudiantes de las Unidades de Educación Especializadas del Distrito Ambato 2.
- Hijos, Hijas con Discapacidad

Indirectos: Familiares

6.1.4. Ubicación.

Tungurahua, Ambato. Distrito Educativo Ambato 2

6.1.5. Tiempo Aproximado de la Ejecución.

15 sesiones; dos de investigación y obtención de datos y una de seguimiento; y doce sesiones terapéuticas.

6.1.6. Equipo Técnico Responsable.

- Equipo Multiprofesional de las Unidades Educativas
- Investigador.

6.1.7 Costo.

El costo aproximado asciende a la suma de \$. 1000,00

6.2 Antecedentes De La Propuesta.

Los trabajos con padres de familia se ha venido dando en las instituciones de Educación Especializada sin una periodicidad ni un secuencia; este trabajo llamado escuela para padres es la réplica de las acciones de educación regular, mismo que es un craso error debido a que de la discapacidad es una situación con características adversas y muy diferentes, que requiere una especificidad y permanencia.

El abordaje se lo hace exclusivamente para los padres al cual asiste la mamá como representante del estudiante, situación que lo demuestra la investigación; esto significa que se deja de lado al resto de miembros y se sobrecarga de responsabilidades y tareas a la madres, por lo que los resultados son muy exigüos, ya que generalmente solo participa un miembro de la familia.

6.3 Objetivos.

6.3.1 Objetivo General.

Aplicar la estrategia para mejorar la calidad de vida de las familias y de los estudiantes de las Unidades Educativas Especializadas del Distrito Educativo Ambato 2.

6.3.2 Objetivos Específicos:

- Propiciar el encuentro de los familiares de los estudiantes con Discapacidad de cada uno de las Unidades Educativas Especializadas (UEE), en un espacio terapéutico.
- Propender la sensibilización, concienciación sobre las Personas con Discapacidad (PcD).
- Propugnar el reconocimiento de la discapacidad como parte de la familia.
- Alcanzar la aceptación de la discapacidad desde una perspectiva positiva.

6.4 Justificación.

De la investigación realizada se desprende que la mayoría de representantes legales son las madres de familia, esto deja entrever que los cuidados de estos estudiantes se encuentra casi con exclusividad bajo la responsabilidad de sus madres, que estas en su mayoría pertenecen a un nivel socio-económico bajo, su nivel de instrucción es educación básica; y que un porcentaje considerable optan por estrategias de afrontamiento poco adecuadas; que está determinado por la personalidad y esta por las vivencias experimentadas; así, la llegada de un hijo o hija es tan significativo que sin pensarlo los progenitores guardan tantas expectativas, que sin haber nacido ya cuenta con un nombre, una carrera, una imagen, sin duda se le proyecta como el orgullo de la familia, el individuo que tal vez no fue el padre o la madre, o el que puede continuar con la trayectoria y linaje; esa esperanza que viene con tantos atributos que será la envidia de los amigos; es decir, será el nuevo ser que llenara todos los espacios de la casa con

sus risas, travesuras, y más monerías fruto de su edad e inquietud; esto puede dar un giro muy drástico dependiendo de cada familia y sobre todo de sus padres cuando el niño o niña que ha llegado no tiene esas cualidades y características soñadas, sino es un ser humano, una pequeña persona con condiciones que lo hace diferente a los demás, disímil al prototipo social de niños considerados “normales”, a estos que se lo llamará Personas con Discapacidad (PcD).

Este suceso inesperado, contrario a lo soñada altera el sistema familiar de varias maneras, como las interrelaciones de sus miembros, reaccionando sea con llanto, ira, culpabilidad, incertidumbre; y obviamente el quebrantamiento de la visión del ciclo de la vida de la familia, hijos y de la Personas con Discapacidad (PcD); esto es explicable ya que se provoca el rompimiento con las expectativas del hijo deseado, que sin duda iba a ser la proyección de sus padres; por lo que la forma de reacción no será igual en todas las familias; y el involucramiento con la crianza, cuidado y apoyo a este niño o niña será muy diferente en cada sistema familiar; así también el involucramiento en el cuidado, de este niño o niña puede correr con distinta suerte; algunos recibirán todo el apoyo, cariño, cuidado, y protección, en tanto que otros puede llegar hasta el abandono.

El manejo de este suceso y la forma como lo hagan mucho dependerá de la personalidad, de los estilos y estrategias afrontamiento de los progenitores, y de las expectativas que hayan abrigado; y de la visión de la discapacidad que hayan albergado, pero bien puede ser que la primera impresión o los sentimientos, emociones y pensamientos de los padres de familia sea; el deshacerse de sus sueños, creer que todo ha terminado y no tener salida.

La nueva realidad, la dinámica familiar es desestabilizada, y toman características propias de su conformación y de la manera de afrontamiento que lo vayan a desarrollar; al contextualizar lo manifestado en las familias que se ha investigado se observa el apuntalamiento de una dinámica familiar y de la distribución de roles dentro de su núcleo; así el rol del hombre el de proveedor, en tanto que las mujeres es el de cuidado y actividades de bajo rédito económico, esto puede estar

afianzando la diferenciación de roles; y con ello afectando la equidad de género dentro de pareja de esposos; como se puede ver el nacimiento de un hijo o hija con discapacidad es un hecho muy fuerte, que puede afianzar la división de roles sociales en las parejas.

Las implicaciones que devienen de una discapacidad son muy amplia e involucra muchos aspectos como: económicos, sociales, laborales, familiares, de educación, salud, recreación., mismas que van tomando mayor preponderancia ya que se requiere de más gastos, mayores cuidados, de limitaciones y abstinencias, de demandas especiales y especializadas; y sobre todo de una dedicación permanente y por un tiempo indefinido; esto bien podría ser uno de los factores mantenedores de conflictos y afectaciones en el sistema familiar.

Esta distribución de roles dentro de la dinámica familiar a afianzado la responsabilidad del cuidado de estos niños sean de la madre de familia; quien a su vez se convierte en representante legal en casi todas las instancias y quien será la responsable de su cuidado, adelanto y desarrollo; como también la depositaria de las presiones familiares y de sus propias presiones sobre el avance de su hijo. (a) con discapacidad; otro aspecto que se puede anotar es que como consecuencia de ser la responsable del cuidado de su hijo (a) obliga abandonar su parte laboral a y igual que sus hijos se vuelven dependientes del padre de familia y posiblemente por la falta de aporte económico deban experimentar mayores carencias y pocas posibilidades de promoción educativa, laboral y económica.

Esta responsabilidad provoca que las madres deban declinar la incorporación a algún trabajo de tiempo completo, a la participación de programa de capacitación, y el acceso a una vida social debe por poco olvidarlo. Esta situación pone a las mujeres en desventajas e inequidad y en una situación de mayor riesgo de morbilidad, y de envejecimiento precoz en comparación a su pareja.

Esta ardua labor, de gran desgaste, de progresos y avances cortos y lentos, provoca en los cuidadores un sentimiento de frustración y muchas veces

conductas de irritabilidad y agresividad contra estos niños y su familia. Esta situación parte en gran medida en la no aceptación de la realidad de sus hijos, debido al desconocimiento de la discapacidad, y a la poca participación de todos los miembros de la familia.

Como se observa la discapacidad compromete la relación intrafamiliar, ya que la un hijo (a) con discapacidad demanda de cuidados y apoyo constante, esto hace que los cuidadores en este caso los progenitores y de manera especial la madre deba sustraer el tiempo de otras responsabilidades como mantenimiento de casa, de su matrimonio y de sus otros hijos, de su parte laboral, generando de alguna manera malestar en sus otros miembros; lo que se ha ido dando desde el nacimiento de este miembro de la familia, como se puede denotar la dinámica familiar se afecta y que esta afectación provoca en muchas ocasiones que los cuidadores – progenitores no reciban el apoyo de todos los miembros; debido a que estos optan por alejarse del problema y forjar proyectos individuales de vida; de esta manera la familia no logra unir esfuerzos y confrontar como sistema la problemática y más bien se ha dispersado y con ello las relaciones de sus miembros se vuelven distantes, como se puede observar las responsabilidades recaen en los padres de familia y el peso mayor en la madre, esto sumado a los sentimientos de culpa, las carencias económicas y más complicaciones sociales, que obligan a la participación de otros miembros como puede ser padres, hermanos y hermanas mismos que por su juventud pueden brindar nuevos bríos e influir de manera adecuada para que el ambiente familiar mejore, buscando que la vida no gire sobre la discapacidad, sino que todos busquen salidas y sea un punto de unidad y no de un factor de desequilibrio, culpabilidad, rebeldía y agresividad.

La participación de los demás miembros de la familia es indispensable, en este caso de los padres, hermanos, ya que estos pueden pasar por etapas de gran conflicto, como las de sentirse abandonados ya que los cuidados son casi totales para el miembro con discapacidad, así como los gastos, el tiempo y a más de eso deban asumir responsabilidades impuestas y que muchas veces vayan en contra de sus intereses y motivaciones.

Las acciones que se propone no llevan a preparar a otro elemento del sistema específicamente, para tomar la posta en el cuidado total del niño o niña con discapacidad; sino que sean un elemento positivo de la dinámica familiar, que puedan beneficiarse de lo que la convivencia con discapacidad la pueda brindar y generar en él o en ella, la solidaridad, justicia, respeto, amor y aceptación a la diversidad; es decir tener la posibilidad de desarrollarse como un ser humano libre, justo solidario, con profundo respeto y amor por las personas y no cargarse de frustraciones ni derrumbarse por las vicisitudes de la vida.

6.5. Fundamentación Técnica.

La propuesta tiene su base Teórico Familiar Sistémica, en la Terapia familiar Sistémica

6.6. Familia como Sistema.

La familia es el microsistema que es el entorno más inmediato y reducido al que tiene acceso el individuo. Éste puede funcionar como un contexto positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo de este desarrollo. Ricci E. (2003), plantea un reexamen parcial de algunos conceptos específicos, elaboraciones e ideas sobre la creación, efectiva, de la relación terapéutica, así como del enfoque de terapia familiar y de terapeuta "como estimulador de recursos" para activar de un modo directo a la familia y así producir elaboraciones y respuestas significativas, indispensable para hacer una elección terapéutica. ¿Cuáles son los aspectos que un terapeuta tendría que considerar para ser realmente auténtico en la relación terapéutica? ¿Cómo transformar la petición de ayuda terapéutica en un espacio de crecimiento para todo el sistema terapéutico (sistema familia - sistema terapeuta)? ¿Qué se entiende con traducción de significados en terapia familiar? Estos aspectos son desarrollados siguiendo el enfoque relacional-sistémico.

Gallego S. (2006), manifiesta que desde la concepción sistémica, familia es un todo mayor que la suma de sus integrantes, quienes construyen y mantienen una red de relaciones que les permite satisfacer una serie de necesidades humanas. De ahí que, el observar y el estudiar los comportamientos entre los integrantes de las familias, permite aprender más de ellas que si se estudiaran a partir del individuo aislado; de esta forma, lo que interesa a quien estudia y trabaja con grupos familiares desde la perspectiva sistémica es la relación que se construye y se modifica a partir de la comunicación, no los comunicantes individualmente. La atención se debe centrar en la comunicación como constructora y posibilitadora de relaciones.

En tanto que para Lewis T. (1974), expresa que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de integración. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. La familia es la unión de personas por vínculos sean estos consanguinidad o legales como matrimonio, unión libre por un tiempo considerables; quienes se satisfacen necesidades iniciando por las básicas y proyectándose al desarrollo, bienestar y auto realización de cada uno de sus miembros; quienes mantienen unidos a través de la comunicación y compartir intereses y objetivos comunes, en el que cada miembro o elemento de este conjunto es capaz de influenciar y ser influenciado en él y por el sistema.

6.7. Familia y Ciclo Vital.

El investigador expresa que la familia, así como sus elementos tienen espacio, tiempo y etapas que lo irán viviendo e interactuando entre sí y su medio; entre las etapas que se puede manifestar son aquellas que Minuchin plantea, las mismas que se los enumera: Formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes, familias con hijos adultos; es

evidente que la estructura familiar es un sistema complejo que no es solo la sumatoria de elementos sino la capacidad de interactuar y de ser interdependientes en función de objetivos comunes; cuando se habla de interdependencia de sus miembros, permite analizar y describir las relaciones que se producen entre elementos dentro del sistema, a lo que se lo considera como holones

6.8. Holones.

Minuchin S. (1997), refiere que las familias son sistemas multi-individuales de extrema complejidad, pero a su vez subsistemas de unidades más vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. La interacción con estos holones más vastos engendra buena parte de los problemas y tareas de la familia, así como de sus sistemas de apoyo. Además, las familias tienen subsistemas diferenciados, cada individuo es un subsistema: es decir, un holón es un subsistema dentro de una familia, en si es la agrupación y reagrupación que se va produciendo a los largo del ciclo vital familiar; modificado la dinámica del sistema en virtud a las relaciones y vínculos de unidad de estos.

6.8.1. Clases de Holones:

Minuchín S. (1997), hace una clasificación de Holones como:

a). El holón Individual.

Minuchín S. (1997), emite una conceptualización de si mismo que posee el individuo, basado en elementos personales históricos de la persona.

b). El holón Conyugal.

Minuchín S. (1997), expresa que este holón se constituye cuando dos personas adultas se unen en función de compartir afectos, sentimientos y objetivos comunes

y conjuntos sin pretender que ninguno de los dos deba abandonar sus metas como personas o su historia como ser humano.

c). El holón Parental.

Minuchín S. (1997), expresa que se estructura con el advenimiento del primogénito, con lo cual se modifica de un holón conyugal a parental como tal deberán establecerse nuevas formas de relaciones basadas en las normas, en la cual incluirán al nuevo miembro.

d). El holón de Hermanos.

Minuchín S. (1997), determina que el holón forman los hijos, y aquí desarrollaran destrezas y habilidades de negociar, establecer aliados, amigos, cooperar, solidaridad, apoyo, respaldo.

De la misma manera este autor plantea la siguiente clasificación de los tipos de familia, y que van a tener su especificidad de acuerdo a sus características.

6.9. Tipos de Familia.

a).Familias de Pas de Deux.

Minuchín S. (1997), determina este tipo de familia, con las características de estar conformado por dos miembros, es muy característico en el caso de padres ancianos en el que se da el síndrome del nido vacío o cuando un adulto mayor vive con un hijo adulto.

b). Familias de Tres Generaciones.

Minuchín S. (1997), especifica que esta familia se encuentra conformado por personas de generaciones distintas como puede ser: abuelo, papá y nieto; en esta es muy necesario que se definan los límites y roles con claridad.

c). Familia con Soporte.

El anterior autor describe las características de esta familia como las de poseer un gran número de miembros, en el cuál uno o más de los hermanos mayores toman la responsabilidades de apoyar económicamente y con más recurso a la familia o a uno de sus miembros que puede ser al más pequeños, disminuyendo la carga a sus progenitores

d). Familia Acordeón.

El mismo autor, expresa que estas familias están conformadas por uno de los progenitores se aleja o permanece por largo tiempo fuera de la casa y el otro progenitor asumirá la función y rol, hasta el retorno del miembro ausente.

e). Familias Cambiantes.

El autor citado de la misma manera aclara que estas son familias que evidencias mudas permanentes de residencia, situación que provoca el rompimiento de redes de apoyo.

f). Familias Huéspedes.

El precedente autor, aclara estas familias se producen cuando en el seno del hogar se da acogida a un nuevo miembro de forma por un período limitado de tiempo; esta familia temporaria produce vínculos y afectos que al salir ese elemento provoca cambios y síntomas muy notorio sobre todo en el miembro huésped.

g). Familias con Padrastrros o Madrastras.

Siguiendo con Minuchín S. (1997), determina que es parte de un proceso en el cual el nuevo miembro ingresa como madre o padre adoptivo, para lo cual se

requiere un proceso prolongado en el que se deberá asumir e incluirse en responsabilidades, deberes y derecho.

h). Familias con un Fantasma.

El mismo autor realiza las aclaraciones del proceso como se produce cuando uno de los cónyuges falleció y esa figura permanece vigente tanto que ningún otro miembro puede asumir las responsabilidades o derechos por guardar y respetar el derecho del fallecido.

i). Familias Descontroladas.

Minuchín S. (1997), expresa que las familias en las que uno de los miembros ejerce o pretende ejercer el control sobre el sistema y por lo cual presenta síntomas.

j). Familias Psicossomáticas.

EL precedente autor caracteriza a esta familia como la demandante de sobreprotección y preocupación excesiva por un miembro y en el mantenimiento de la paz; por lo que son familias que disfrutan de tener un familiar afectado.

6.10. Impacto en la Familia.

El advenimiento de un hijo o hija con discapacidad es un suceso con una carga emocional muy fuerte, difícil de digerir y aceptar y lo que es más de manejar, es decir, es un evento estresante por todo lado que se lo quiera ver; y que las demandas serán constantes a lo largo de la vida y que la crisis tuvo su inicio desde el momento mismo que se presentó la sospecha de la discapacidad.

6.11. Conflictos Familiares.

Navarro J. (1992) habla que los conflictos pueden darse en función de las formas de afrontamiento que tenga la familia, las relaciones de sus miembros, la distribución de roles, las demandas del niño, niñas con discapacidad que va en relación a su complejidad o etapa de desarrollo; los problemas puede presentarse en los padres, los mismos que pueden presentar inseguridad, incertidumbre e impotencia ante el futuro del niño y la familia, sentimientos de culpabilidad, ira, agresividad entre miembros de la pareja e hijos; en hermanos, por inmiscuirse en la vida del niño o niña hasta el punto de hacerse de responsabilidades que no le corresponde, o a su vez el abandono, de vergüenza; el niño o niña con discapacidad podría presentar problemas en los avances, agresividad, estancamiento.

De lo expuesto la familia con sus características y sus demandas no puede de ninguna manera vivir en función de la discapacidad, por lo que debe tomar las cosas como son, y partir de esa realidad que no se puede eliminar pero si adaptarse y modificarla; por lo que es indispensable disminuir el grado de influencia inadecuada sobre el sistema y atenuar el impacto, e iniciar la prevención de un desequilibrio o patología del sistema familiar, por lo que las familias con niños o niñas con discapacidad deberán dejar de lado la pasividad, los miedos y prejuicios, cambiar la actitud y vencer sus propias barreras; no se puede esperar que el bienestar venga tan solo de un proceso académico de escolaridad dejando de lado a miembros muy importantes como son los hermanos y el otro progenitor; ya que estos son elementos importantísimos de la dinámica familiar, como lo propone.

La propuesta propugna trabajar con los elementos de la familia, mismos que muchas veces brindan un apoyo pasivo, sin llegar a comprometerse activamente, dejando el peso de responsabilidad a un solo miembro, perdiendo la posibilidad de sumar esfuerzos y canalizarlos hacia un objetivo que es mejorar la situación en la

que vive un miembro familiar y con ello mejorar el ambiente familiar en su conjunto.

El objetivo en generar espacios de diálogo, de discusión crear redes de apoyo en las que se intercambien experiencias similares, en las que puedan dejar salir todas o casi todas las preocupaciones, temores, emociones, sentimientos y pensamientos ocultos, reprimidos; ofreciendo la oportunidad de liberarlos, con esto despojándose de esa energía acumulada que puede volverse en algún momento como agresividad contra toda la familia y mayormente contra el miembro con discapacidad. Estos espacios o redes de apoyo facilitan soltar de las represiones, liberando aquello que no permite encontrar las salidas, y poder transitar por senderos más amplios, con más oportunidades y juntos.

Los impactos son diferentes de acuerdo a la etapa en que se presenta un miembro con discapacidad y tiene diferencia a sus padres y hermanos de conformidad a la etapa en que se encuentren sus hermanos (as); así por ejemplo en la infancia, adolescencia y adulto joven.

6.11. 1. Infancia.

Minuchín S. (1997), explica que durante la infancia puede suceder que al descubrir que los padres no tienen tanto tiempo para ellos, no podrán comprender la discapacidad, ni mucho menos lo que ésta implica, generalmente los padres ante un suceso de este tipo se encuentran concentrados en sus propios sentimientos y en buscar sus explicaciones, liberarse de culpas y buscar soluciones y lo asumen como si todos y todas supieran lo que ellos conocen y sienten; no se toman el tiempo para proveer explicaciones adecuadas a sus otros hijos o familiares y más bien pueden llegar a tener comportamientos de descuido y abandono para los demás, de ahí que estos infantes requieren también disipar muchas inquietudes y dudas, y requieren del apoyo asertivo y seguridad de sus padres.

6.11.2. Adolescencia.

El mismo autor manifiesta que ante esta situación los adolescentes se pueden sentir diferentes a su grupo de iguales debido a que tienen más responsabilidades que ellos (adquiridas o delegadas) que a la vez, les pueden generar una sensación de sobrecarga; también puede estar motivado por las reuniones que hayan tenido que hacer para cuidar de su hermano o hermana por las preocupaciones que tienen (diferentes a las demás).

Entre las características de tener un hermano, hermana con discapacidad es la soledad, no pueden compartir con el hermano con discapacidad, ni con sus compañeros por el hecho de tener un hermano con discapacidad y asumir que no lo entenderían, lo que los lleva a un aislamiento o por el contrario, a un exceso de actividad fuera de casa; la ira o enfado que puedan estar generados por el hecho de vivir esta situación diferente al resto y no poder compartirla; el instinto de protección respecto del hermano con discapacidad.

Esta etapa de por sí difícil y complicada, en la que se presenta varios cambios, de por sí solo lo convierten al adolescente en un individuo con una óptica y percepción del mundo única y diferente, cargado de negación, rebeldía, rechazo a las normas y reglas; de vergüenzas de sí mismo de su familia, y el tener un hermano o hermana con discapacidad propicia que él o la joven tienda a la soledad, a la ira, al cansancio, y que posiblemente podría defender su realidad fuera de casa, pero reprochará esa en el interior de su hogar.

6.11.3. Madurez.

En las parejas, pueden aparecer miedos, inseguridad en uno o los miembros de la pareja; la preocupación por la propia descendencia y que de alguna manera se pueda transmitir la discapacidad; de ahí conocer el origen de la discapacidad es un factor importante.

El futuro propio y del hermano, hermana con discapacidad genera angustia ante las posibles decisiones, el avance en edad de sus padres y la imposibilidad de cuidado hacia él, ellos genera gran preocupación. Esta etapa ya ha sido de un largo convivir, de haber ido aprendiendo y conociendo sobre la discapacidad, las implicaciones, haber vencido obstáculos y saber las potencialidades y debilidades de su , hermano (a) con discapacidad, así también haber generado y practicado valores que han hecho personas fuerte y con gran apego a su hermano (a) y tomar la decisión de formar una nueva familia y dejar a su hermano y sus padres en edad avanzada si es evidente que experimentará una gran preocupación; que se suma a la posibilidad de concebir un bebe y que vaya a tener las mismas condiciones de su hermano (a); es por lo que requiere trabajar sobre todas estas preocupaciones con grupos similares y exteriorizarlas y procesarlas par llegar a una resolución adecuada.

Como se puede observar que en cada etapa tiene una significación especial y cuando existe una adversidad como es la discapacidad afecta a toda la familia, y en cada uno de los miembros tendrá una connotación; así en los adultos se verá la responsabilidad, la culpa y la impotencia, en la adolescencia la vergüenza, la ira, el desplazamiento, las carencias económico; en la infancia el descuido, el abandono, la falta de cuidado; por lo que se pretende poner a disposición dos propuesta una que va dirigido hacia las socialización, sensibilización y concienciación de los hermanos adolescentes y una terapia familiar; que las dos se basan en los enfoques sistémicos, cognitivos -conductuales.

6.12. Terapia Familiar Sistémica:

El taller que se propone va dirigido a la familia de las Personas con Discapacidad (PcD), que pueden ser padres, madres hermanos, procurando que se encuentren todos los miembros y con especial cuidado los menos involucrados con la habilitación o rehabilitación de la Personas con Discapacidad (PcD); se abordará en quince sesiones, distribuidos de la siguiente manera: dos sesiones, doce sesiones de intervención directa y una Post sesión de seguimiento y en ellas se

abordará: Información, sensibilización; concienciación, cambios de percepciones y compromisos, con el mantenimiento de apoyo y seguimiento..

6.12.1. Terapia Familiar.

(Navarro, (1992), describe en su texto Técnicas y Programas en Terapia Familiar, el mismo que manifiesta: que la conducta sintomática, cambio mínimo y meta final, tipo de cooperación del paciente, estrategias que sirvieron para resolver el problema, Soluciones intentadas, Secuencias sintomáticas, Secuencias sintomáticas, Mapas de relaciones familiares, Juego familiar, Momento del ciclo evolutivo familiar, Fuentes de apoyo y estrés familiar. Esta especialidad de terapia pone énfasis en los individuos y sus recursos, con lo que permite el desarrollo de las potencialidades para poner en práctica sus propias soluciones, mismas que se los puede ejemplificar como la búsqueda o construcción de vías alternativas para lograr su cometido, ya que el conflicto no está instaurado en la familia sino en el modelo o enfoque de comunicación y de la solución de conflictos.

Este enfoque considera a la familia como el conjunto de relaciones, y situaciones que coadyuvan la aparición, mantenimiento o eliminación de conflictos. La intervención pretende romper un círculo vicioso y convertirlo en virtuoso, e inicia con la aparición de cambios mínimos, hacia la modificación y creación de conductas adecuadas y duraderas.

Objetivos. En relación a esto (Navarro, J. 1992) plantea que los objetivos de la terapia propugna alcanzar los cambios necesarios en la familia y sus miembros, procurando el uso y aprovechamiento de sus propios recursos con el desarrollo de sus potencialidades facilitando la prevención para enfrentar nuevas vicisitudes

Características del enfoque:

El autor que se encuentra siendo mencionado expresa las características más importantes de este enfoque en el que se cuenta con:

- Al pasado se lo considera como relevante por la conexión que posibilita con el presente.
- La patología se desprende de la interacción y no del individuo.
- Se enfatiza en los métodos y estrategias, sin anteponer el por qué.
- La forma de relacionarnos y el modo de vivir son sustanciales en el enfoque.
- Las sesiones terapéuticas tienen una duración de 45-60 minutos.
- La terapia durará hasta que el o los paciente(s) se cerciore de la desaparición de los síntomas
- La duración. La terapia se lo considera como un proceso con una duración de 12 hasta 16 sesiones, sin dejar de lado la posibilidad de ampliar las sesiones a varios meses.

Navarro expone un proceso terapéutico completo con las diferentes etapas que a continuación se detallan.

6.12.1.1. Evaluación.

Navarro, J. (1992), describe como el proceso que requiere de un punto inicial y éste es la evaluación; la misma, pretende llegar a un diagnóstico, para sobre la base de éste plantear una línea base y una meta final del tratamiento; en esta etapa se explora los síntomas y signos del contexto familiar, y su propósito primordial es establecer un objetivo a alcanzar, una meta a lograr y el camino que se deberá tomar; para esto es necesario observar los siguientes pasos:

6.12.1.2. Conducta Sintomática.

El autor determina que ante un conflicto es imprescindible partir de su reconocimiento y determinación del problema que conduce a la consulta; es necesario establecer indicadores del problema como: frecuencia, intensidad; por lo que bien es posible establecer características específicas del desarrollo y mantenimiento de la patología; se sugiere que en el diálogo terapéutico se aplique la técnica de preguntas circulares y que se dé inicio con el miembro que presentó la demanda, ya que es aquel puede ser el más motivado e interesado.

6.12.1.3. Cambio Mínimo y Meta Final.

Navarro J. (1992), luego de haber establecido el patrón del problema, se procede a expresar los cambios que quiere lograr aún cuando se los consideren mínimos, pero si hay que recomendar especificar las estrategias y los resultados de cómo y las acciones que debe ejecutar. Estos se convierten en metas y para alcanzarlas deberán contar con un plan estructurado por pequeños cambios que conduzcan a lograr el objetivo final y este es la cura; es indispensable saber dosificar los cambios o actividades que ayuden a realizarlo, y mantener el interés, y motivación, y esto solo se logrará cuando se conozca a dinámica familiar. La cura será difícil de determinar si no se establecen los indicadores que posibiliten evidenciar los avances y la meta final.

En este punto se puede resumir en:

- Determinar y especificar el problema y sus características y la meta final
- Definir cuál es el problema: el tipo, la clase y características, los sentimientos, temores, pensamientos; sus actos y comportamientos;
- Establecer la meta; es indispensable aceptar las diferencias y compartir en todo momento y propiciar una vida digna en función de una inclusión iniciando en casa
- Establecer las necesidades prioritarias
- Instaurar cambios mínimos por etapas que lo deseen realizar; como: (Pasar más tiempo con la Personas con Discapacidad (PcD), Aceptar más responsabilidades con el menor, Participar en actividades con PcD, Acompañar a la PcD fuera de casa, Compartir con la PcD en los grupos sociales de los miembros de la familia)
- Implantar el programa, que conlleve a sensibilización, concienciación y capacitación en el manejo de la discapacidad y el afrontamiento a la adversidad:

Contar las acciones que ha permitido manejar la discapacidad de su familiar; Al llevarlo a la calle; Explicarle que va a pasar; es decir la anticipación; Cuando se

visita un lugar desconocido, primero se deberá familiarizarlo poco a poco, es decir logra la Desensibilización sistemática; Observar acciones positivas del niños con discapacidad; Plantear los indicadores de cambios que se lograrán; Participación en actividades; Terapéuticas, deportivas, recreativas, y pedagógicas del niños, niña o adolescente; Hacer participar al niño /a con discapacidad en el ámbito social, estudiantil, laboral de cada miembro de la familia

6.12.1.4. Tipos de Cooperación.

De la misma manera Navarro J. (1972), relata que esto permite conocer la capacidad de cambio y las características que debe poseer el plan de cambios que será aplicado en el proceso terapéutico, para el efecto es muy importante delimitar tareas que lo vayan a realizar sin imposición, sino por compromiso con el tratamiento; y con ello se medirá el cumplimiento de cada elemento y del sistema total; es indispensable evaluar el cumplimiento ya que determinará el grado de cooperación familiar y los deseos reales de cambio y por ende el programa o plan de tratamiento; así también permite e seguimiento y monitoreo de los cambios con escalas evaluativas y válvulas de escape.

6.12.1.5. Estrategias que Sirvieron para Resolver el Problema.

El escritor ante un conflicto o situación estresante permanente, aclara que es muy posible que el sujeto o familia haya utilizado algunas estrategias para resolver o afrontar el problema y haber obtenido el resultado esperado; esto es de vital importancia conocer y debe ser descrita y explicada las condiciones de su aplicación y sus resultados; así permitirá realizar un análisis total, para buscar mejorarlas, complementarlas y usarla de manera más adecuada por la familia.

Dialogar sobre. Navarro J. (1992), describe este punto en los siguientes términos, el problema en sí, el alejamiento, la exclusión de la Personas con Discapacidad (PcD), es indispensable que expresen sus criterios o creencias de las acciones realizadas para provocar o coadyuvar la exclusión; y que ha hecho en pro de lograr la aceptación e inclusión de su familiar con discapacidad, y como ha mejorado o afectado la situación familiar.

- Conocer las circunstancias como: momento, condiciones el menor o la discapacidad en sí es aceptado o tolerado de mejor manera.
- Contar las acciones que ha permitido manejar la discapacidad de su familiar.
- Preparar, planificar experiencias positivas en la convivencia de la familia en diferentes contextos; como salir a la calle, a lugares públicos.
- Iniciar por lugares cercanos de su casa; como el parque del barrio, recorrer el barrio, ir a la iglesia, centros comerciales.
- Esto de deberá realizarse de manera progresiva hasta que le niño pueda manejarse adecuadamente fuera de casa; pero lo importante es que la persona que más conflicto posee, se debe acompañar, y participar en estas actividades, al inicio será acompañado y progresivamente se irá limitando los apoyo.
- Se debe explicar doto lo necesario, al niño/ con discapacidad,
- Explicar lo que puede ocurrir
- Hablar de sus miedos y molestias con respecto a las demandas familiares
- Establecer parámetros para medir las experiencias
- Evaluar las experiencias.
- Comentar las cosas agradables y jocosas de las visitar
- Enumerar potencialidades

6.12.1.6. Soluciones Intentadas.

Este mismo autor, menciona que cada familia sin duda ha realizado muchas acciones, con varias estrategias, con frecuencia y recursos variados; por lo que es muy necesario conocer de estas, y sus resultados; por lo que es conveniente conocer, para tomar decisiones, tales como: continuar utilizando o dejar de hacerlas, saber que técnica y las estrategias aplicadas para lograr que los miembros de la familia o uno en particular colabore en el apoyo a la Personas con Discapacidad (PcD).

6.12.1.7. Secuencias Sintomáticas.

Con respecto a las secuencias sintomáticas, éste refiere que en el sistema familiar, las conductas se repiten y se producen en ciertas circunstancias, pero tiene la peculiaridad que están sostenidas por algún factor y que bien al modificarlo se puede obtener otra conducta en todo el sistema; es decir, se encuentra una estrecha relación o concatenación que se vuelve efecto o consecuencia en función como se produzca el estímulo generador del síntoma; o en presencia de quien se ha generado dicho síntoma.

El conflicto que se produce en la familia es la poca tolerancia, apoyo y en ciertas ocasiones la no aceptación a la Personas con Discapacidad (PcD), y esto genera una aparición mayor cuando las responsabilidades son mayores o cuando no cuentan con el tiempo suficiente para dedicar a ese miembro familiar con esa excepcionalidad.

6.12.1.8. Mapa de Relaciones Familiares.

De igual forma relata que es un sistema familiar está caracterizado por las interrelaciones, los límites, las presiones, y las respuestas que los implicados en el proceso terapéutico pudieran tener; en función a esto es indispensable tener una representación gráfica de la familia donde se puede vislumbrar los aspectos citados, así como alianzas y exclusiones. Esto también permite determinar las alianzas que se tenga para lograr la inclusión familiar y el apoyo a la Personas con Discapacidad (PcD).; se debe notar con un genograma que posibilite la visualización gráfica de alianzas y exclusiones de la PcD, y ver los aliados para que los miembros cambien su actitud hacia esa persona; es a veces conveniente que si un miembro de la familia se vuelve reacio para afrontar el conflicto; se puede tener una sesión individual o participar en grupos similares de terapia.

6.13.1.9. Juego Familiar.

También sobre este punto el mencionado autor habla que es parte de la concepción de que cada familia cuenta con principios, valores, ideales, creencias que permiten tener una percepción y concepción del mundo y del conflicto; en el caso de la discapacidad y como los síntomas interactúan en estas concepciones. Estos patrones conductuales se repiten a través de las generaciones de familia y si bien es cierto no son hereditarias si no transmitidas, como los valores familiares y que también pueden ser modificadas al formar otras familias; así la concepción de una discapacidad no solo que se lo encasilla con un rotulo que estigmatiza de invalidez sino a veces como un castigo en las familias que conllevan a una acusación y culpabilidades que muchas veces se acrecienta el conflicto con la lucha de poder entre los padres de familia y que los hijos tomaran partido y que generalmente pueden ir con él activo o agresor; y optando por ver al culpable del conflicto a la Personas con Discapacidad (PcD). Es de vital importancia conocer las creencias, preceptos sobre la discapacidad; conocer sobre las debilidades y fortalezas que tienen sobre las discapacidades; analizar las relaciones familiares desde una perspectiva de género.

6.12.1.10. Momento del Ciclo Evolutivo.

Navarro J. (1992), relata que la familia transita por varias etapas que conforman parte del ciclo vital, y que en virtud de esto se irán presentando ciertas características y conflictos descritos por el mundo científico; pero el nacimiento de un niño/a con discapacidad rompe los esquemas y altera muchas concepciones ya que son consideraciones y condiciones muy diferentes. Aquí es hora de saber si el problema es con los padres, adolescentes o adultos.

6.12.1.11. Relaciones con las Instituciones y Fuentes de Apoyo.

Navarro J. (1992), determina que las familias con niños/as con discapacidad tienen instituciones y equipos de trabajo con los representantes legales; que se llaman escuela para padres; pero los padres no son los únicos miembros del

sistema, por lo que se requiere el trabajo con hermanos, abuelos que cumplen un rol importante y que están excluidos de estos procesos; por lo que las familias deben buscar y propiciar el trabajo con todos los miembros y aprovechar de los servicios existentes:

Propiciar la escuela para familias con un enfoque terapéutico sistémico en el que participen todos los miembros de la familia.

Desarrollar actividades para miembros de familia como hermanos, primos, formando redes de apoyo.

6.12.1.12. Evaluación de Cambio.

Navarro J. (1992) plantea a esta etapa como un cambio se considera cuando las conductas se hayan modificado, propiciando en este caso que la PcD haya sido aceptado, esto incluye el máximo grado de aceptación y pase a ser partícipe en cualquier actividad familiar dentro y fuera de su hogar; con la distribución de responsabilidades, por el número de miembros implicados, horario en que se acompañan además, Asistencia de estos a programas y compromisos diversos, número de discusiones por evadir responsabilidades, limitación de agresividad, reducción de desacuerdos familiares por causa de actos y conductas de la PcD.

Cuadro N° 16 PRE - SESIÓN. 01.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Obtención de información relevante	Propender a obtener información relevante de la familia	<ul style="list-style-type: none"> . Contacto o entrevista telefónica o correo electrónico, obtener información del miembro familiar solicitante. . Llenar la ficha familiar con los datos recabados . Solicitar documentación del estudiante en las Unidades Educativas Especializadas. . Obtener información familiar de los reportes del equipo transdisciplinario de las Unidades Educativas Especializadas. . Procesar y sistematizar la información. . Discusión de la información alcanzada con el equipo técnico institucional . Elaborar genograma provisional; definir preguntas y estrategias para la entrevista <p>Técnica: Bibliográfica / Estudio de casos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Teléfono .Equipo informático .Documentos de las instituciones educativas. .Investigador .Equipo Transdisciplinario 	Investigador y Equipos Transdisciplinario de las (UEE)	60 minutos

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 17 SESIÓN. 01.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Encuadre terapéutico	Generar un ambiente de confianza y seguridad; completar la información requerida	<ul style="list-style-type: none"> . Presentación del terapeuta y su equipo de apoyo, y de cada miembro de la familia. . Socializar los datos recabados en la institución y de la entrevista previa con un miembro de la familia. . Explicación sobre el proceso terapéutico; de las condiciones técnicas, horarios, y normas mínimas que regirá el proceso. . Narración de cuento metafórico, para definir tipo de familia . Definir genograma, hipótesis previa. Establecer conclusiones, acuerdo y compromisos. <p>Técnica: Escucha activa, Encuadre Psicoterapéutico, Observación, Metáfora, Genograma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del .Equipo Técnico de las UEE .Equipo transdisciplinar io institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 18 SESIÓN. 02.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Evaluación – Diagnóstica	Alcanzar el diagnóstico definitivo, Proponer la línea base y la meta final.	<ul style="list-style-type: none"> . Recordar los acuerdos alcanzados referentes al proceso terapéutico. . Presentación del problema por parte de cada uno de los miembros de la familia; se debe iniciar con el miembro solicitante; el terapeuta ubicará a los miembros de conformidad a sus necesidades y su posición será junto al individuo que requiera más apoyo. .Realizar preguntas sistemáticas de forma circular para obtener más elementos de juicio. .Graficar y esculpir a la familia por parte de los miembros de la familia, para proyectar la conflictividad. . Reconocimiento de conductas y sus indicadores como frecuencia e intensidad; . Establecer características específicas del desarrollo y mantenimiento del problema. 	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

		<p>. Inducir hacia el reconocimiento del problema, por dada miembro familiar.</p> <p>. Analizar y definir las características específicas del desarrollo y mantenimiento del conflicto familiar por la presencia de discapacidad en su seno.</p> <p>. Validar la hipótesis</p> <p>. Definir el diagnóstico</p> <p>. Establecer metas</p> <p>Tareas:</p> <p>Cada miembro de la familia debe anotar aspectos de sus relaciones interpersonales dentro del ceno familiar</p> <p>Técnicas: Empatía, Escucha Activa, Encuadre psicoterapéutico, Circularidad, Jerarquización, Preocupación genuina, Escultura Familiar, Estudio de caso</p>			
--	--	--	--	--	--

Autor: Sanmartín. R. 2014.

Cuadro N° 19 SESIÓN. 03.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Establecimiento de cambios.	Generar cambios mínimos de tipo (1 o 2); e identificar modelos de comunicación y conflictos de solución familiar.	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis de tarea enviada. . Definición de necesidades prioritarias de los demandantes. . Determinar cambios mínimos . Generar alianzas con tareas y metas a realizarse. . Análisis y explicación del modelo de comunicación y solución de problemas intrafamiliar. . Dialogo familiar sobre: Modelos de comunicación, interacción de los miembros y solución de conflictos que utiliza la familia aplica. . Definir los puntos álgidos de discusión o controversia familiar. .Establecer conclusiones .Tarea: Los miembros de la familia deben anotar los aspectos que más conflicto genera sobre la discapacidad de su familiar y las formas de solución que ellos aplican. .Técnica: Entrenamiento y modelos de comunicación, Negociación de conflictos, Observación, circularidad. 	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín. R. 2015.

Cuadro N° 20 SESIÓN 04.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Cambio de connotación.	Reconocer la discapacidad, e inventariar los recursos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis de tarea enviada. . Lectura y discusión sobre la discapacidad: . Analizar los efectos de la discapacidad en la familia. . Conocer historias de otras familias con similar conflicto. . Análisis de las soluciones tomadas por ella; y de los recursos aplicados por esas familia. . Revisión de los recursos con que cuenta la familia en conflicto. . Conclusiones <p>Tarea: Investigar sobre la discapacidad, enlistar recursos y determinar los más efectivos para su aplicación.</p> <p>Técnica: Confrontación, Solución de conflictos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Tabla N°. 21. Sesión 04.

Autor: Sanmartín. R. 2015.

Cuadro N° 21 SESIÓN 05.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Optimizar potencialidades.	Aprovechar las estrategias y recursos individuales y familiares para resolver el conflicto.	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis tareas enviadas. . Jerarquizar los recursos, y estrategias que han dado el resultado esperado. . Discutir sobre la etiología, causas e implicaciones de la discapacidad en la familia . Propiciar la desculpabilización de la discapacidad. . Buscar el aumento de la eficacia de la familia en el manejo de ante la discapacidad. . Establecer conclusiones de la sesión. <p>Tarea: Realizar una lista de experiencias agradables de la vida con el miembro con discapacidad.</p> <p>Técnica: Entrenamiento en comunicación, Negociación Observación, Confrontación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 22 SESIÓN 06.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Cambio de concepciones	Reconocer conductas y comportamientos familiares	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión tareas . Discusión de los comportamientos y conductas de los miembros de la familia sobre la interrelación con la discapacidad. . Discutir sobre actividades y situaciones que les disgusta realizar en casa y fuera con el familiar con discapacidad. . Analizar los disgustos por realizar actividades con el familiar con discapacidad. . Proponer directrices para realizar acciones en el contexto familiar. . Practicar ritual de días impares, días pares: detectar comportamientos erróneos, y días pares identificar comportamientos nuevos funcionales. <p>Establecer conclusiones de la sesión</p> <p>Tarea: Anotar los comportamientos de acuerdo a la a los rituales practicados, en el contexto familiar.</p> <p>Técnica: Entrenamiento en comunicación, Negociación, Observación, Rituales, Confrontación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 23 SESIÓN. 07.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Aprovechamiento de opciones	Propugnar percibir la realidad desde una óptica de posibilidades	<p>.Revisión de tareas</p> <p>.Describir experiencias gratificantes con la convivencia con el familiar con discapacidad</p> <p>. Identificar aspectos positivos que se pueda relatar sobre el miembro familiar con discapacidad.</p> <p>. Compartir con miembros de familias que han superado un proceso similar.</p> <p>. Determinar los roles y responsabilidades familiares.</p> <p>. Cuantificar la carga de trabajo de la familia en casa.</p> <p>. Determinar acciones de apoyo en favor del miembro familiar con discapacidad.</p> <p>. Realizar listado de actividades y requerimientos familiares.</p> <p>. Evaluación del proceso terapéutico.</p> <p>.Establecer conclusiones.</p> <p>. Tareas.</p> <p>Acompañamiento en diversas actividades al miembro familiar con discapacidad.</p> <p>Anotar los pasamientos, sentimientos experimentados que se suscitan durante la realización.</p> <p>. Técnica.</p> <p>Observación, circularidad, alianza.</p>	<p>.Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE</p> <p>.Equipo transdisciplinario institucional</p> <p>.Equipo informático</p>	<p>.Investigador</p> <p>.Equipo transdisciplinario institucional</p>	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 24 SESIÓN 08.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Disfrutar experiencias	Propender que los familiares disfruten con el miembro con discapacidades en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de conclusiones y tareas. . Análisis de las experiencias con las actividades realizadas con el familiar con discapacidad. . Establecer horario y distributivo de actividades en casa para apoyar y responsabilizarse del familiar con discapacidad. . Participar en actividades recreativas dentro del hogar. . Planificar actividades para que el miembro con discapacidad pueda ser acompañado fuera de casa. . Participar en actividades sociales, deportivas y culturales acompañando no por el miembro con discapacidad . Presentar a amigos y compañeros de los familiares sin discapacidad. . Fijar responsabilidades con tiempos y tareas fijas. <p>Tareas. Anotar las actividades y anécdotas de la convivencia con el familiar con discapacidad en medios fuera del hogar.</p> <p>Técnica. Circularidad, resolución de conflictos, modelo de comunicación, observación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

AUTOR: Sanmartín. R. 2015.

Cuadro N° 25 SESIÓN 09.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Cambio de conductas, hábitos y ritos	Introducir nuevas conductas o nueva y, patrones de interacción.	<ul style="list-style-type: none"> . Evaluación de las tareas enviadas, revisión de anecdotario. . Discusión de las experiencias individuales; de sus pensamientos y sentimientos (contenido "cognitivo" y/o "afectivo"). . Emitir un mensaje positivo de lo vivido por cada miembro de la familia; Exteriorización de sentimientos experimentados . Realizar listado de rituales que se puedan efectuar y favorecer el mantenimiento de conductas y comportamiento. . Ensayar las actividades de manera ritual hasta constituirse en hábitos y forma de vida. . Establecer conclusiones de la sesión <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dar responsabilidades a cada miembro familiar para el apoyo al niño, niña con discapacidad . Anotar las actividades realizadas por cada miembro, y los sentimientos experimentados. <p>Técnica: Negociación, Observación, Rituales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinari o institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015

Cuadro N° 26 SESIÓN 10.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Cambio de paradigma	Procurar analizar los cambios experimentados.	<ul style="list-style-type: none"> . Discusión de las conclusiones y tareas enviadas. . Dialogar sobre los cambios experimentados en la familia, con el equipo evaluador. . Examinar sobre patrones de interacción aplicados. . Discutir sobre las estrategias aplicadas. . Análisis de las tareas realizadas dentro y fuera de casa con la participación del familiar con discapacidad. . Discusión y Corrección de errores y falencias en el proceso. <p>Tarea: Lectura sobre redes de apoyo</p> <p>Técnica: Negociación, Observación, prescripciones ritualizados, Un objeto en el congelador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplina rio institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 27 SESIÓN. 11.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Autoevaluación	Propender a evaluar los avances y metas alcanzadas.	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis de tareas enviadas. . Revisión de objetivos y metas alcanzadas . Análisis de los comentarios de la familia. . Autoevaluación de cada miembro. . Receso de 15 minutos, para la discusión entre miembros del equipo sobre los resultados del proceso terapéutico. . Dialogo sobre las redes de apoyo y de sus beneficios. . Dar a conocer los grupos y redes de apoyo existentes en la ciudad. <p>Tarea. Lectura sobre redes de apoyo La violencia intrafamiliar</p> <p>Técnica. Observación, circularidad, modelo de comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 28 SESIÓN. 12.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Evaluación final	Procurar evaluar de forma sumativa.	<ul style="list-style-type: none"> . Análisis y discusión de las lecturas recomendadas. . Evaluación del grupo familiar . Constatación de la desaparición estable de sus problemas y recuperación del equilibrio de una situación personal adecuada, y familiar . Establecimientos de acuerdos y contrato final. . Vincular a redes de apoyo . Cierre de sesiones 	<ul style="list-style-type: none"> .Sala de sesiones del equipo técnico de las UEE .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	<ul style="list-style-type: none"> .Investigador .Equipo transdisciplinario institucional 	60 Minutos.

Autor: Sanmartín R. 2015.

Cuadro N° 29 POST SESIÓN

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Post Sesión	Brindar seguimiento y acompañamiento a las familias intervenidas	<ul style="list-style-type: none"> . Determinar las formas y medios de contactarse con las familias . Dar el seguimiento de las familias, sea vía telefónica, E- mail. . Hacer visitas periódicas si el caso lo amerita. . Reiniciar otro proceso terapéutico si así lo amerita. 	<ul style="list-style-type: none"> .Equipo transdisciplinario institucional .Equipo informático .Hojas .Lápices 	.Equipo transdisciplinario institucional	No definido.

Autor: Sanmartín R. 2015.

6. 13. Administración de la Propuesta.

Recursos.

Unidades Educativas Especializadas:

U.E.E Ambato

U.E.E. Camilo Gallegos.

Universidad Técnica de Ambato

Talento Humano.

Coordinador: René Sanmartín Martínez

Tutor. Ps. Cl. Flavio Bonilla

Presupuesto en Rubros:

Cuadro N° 30 Presupuesto

N°	Rubro de Gastos	Valor en Dólares
1	Personal Técnico	\$.600,00
2	Material de Oficina	\$.100,00
3	Transporte	\$.50,00
Total		\$.750,00

Tabla N°. 31. Presupuesto.

Autor: Sanmartín R. 2015.

6. 14. Protocolo de Evaluación.

Cuadro N° 31 Protocolo de Evaluación

N°	Cuestionario	Explicación
1	A quién se evalúa.	Se evaluará a las familias que participen en el evento.
2	Para qué Evaluar	Para determinar el impacto en las familias
3	Qué Evaluar	La técnica aplicada
4	Cómo Evaluar	Mediante la aplicación de cuestionario, y observación directa.
5	Cuándo Evaluar	Inicial, procesal y Final.

Autor: Sanmartín R. 2015.

6.15. Cronograma de actividades

Cuadro N° 32 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	SEMANAS														
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pre Sesión	■	■													
Sesión 1			■												
Sesión 2				■											
Sesión 3					■										
Sesión 4						■									
Sesión 5							■								
Sesión 6								■							
Sesión 7									■						
Sesión 8										■					
Sesión 9											■				
Sesión 10												■			
Sesión 11													■		
Sesión 12														■	
Post Sesión															■

Autor: Sanmartín R. 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Ander, E. (2013). Diccionario de Psicología. Buenos Aires: Brujas.
- Armigon J y Jiménez J. (2005) Métodos de Investigación Clínica y epidemiológica. (3° ed.). Madrid: ELSEVIER
- Bronfenbrenner, U. (1987). La Ecología del Desarrollo Humano. Barcelona: Paidós.
- Cibanal, L. (2006). Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar. Alicante: Club Universitario, San Vicenet Alicante.
- Engler, B. (1996). Introducción a las Teorías de la Personalidad. México DF: Mcgraw-Hill International.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). Manual Moderno de Terapia Familiar (2° ed.). México DF: Mundo Moderno.
- Frager, R. y Fadiman, J. (2010). Teorías de la Personalidad (6° ed.). Madrid: Martínez Roca S.A.
- Gallego, S. (2006). Comunicación Familiar: Un Mundo de Construcciones Simbólicas y Relacionales. Manizales: Universidad de Caldas.
- García, A. (2001). XI Reunión Interdisciplinaria Sobre Población de Alto Riesgo de Deficiencias Factires Emocionales del Desarrollo Temprano y Modelos Conceptuales en la Intervención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2004). Metodología de la Investigación (3° ed.). México: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Minuchin S. (1997). Técnicas de Terapia Familiar (5° edic). Buenos Aires Paidós.
- Herrera, L.; Medina, A. y Naranjo, G. (2010). Tutoría de la Investigación Científica (4° ed.). Quito: Gráficas Corona Quito.
- Herrera, P., González, I. y Soler, S. (2002). Metodología Para Evaluar El Impacto de los Acontecimientos Vitales de la Familia En La Salud Familiar. Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral.

- Lazarus, S. Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Madrid: Martínez Roca S.A.
- Lewis T. (1074). The Live of a Cell: Notes of Biology Watcher. New York: Bantan books.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1997). Técnicas de Terapia Familiar (5° ed.). Buenos Aires: Paidos.
- Morris, Ch. y Maisto, A. (2001). Introducción a la Psicología (10 Ed.). México: Pearson Educación.
- Navarro, J. (1992). Técnicas y Programas en Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidos.
- Ortega, P, Torres. L, Luna. A y Garrido, A. (2012). Cambios en la Dinámica Familiar con Hijos con Discapacidad Psicología de la Familia. México D. F: UNAM Tlalnepantla de Baz.
- Ponce, A. (2007). Tres Propuestas de Intervención con Hermanos de Personas con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.
- Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y Discapacidad. una Propuesta desde La Terapia Sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Stern (2002).Child-Friendly Therapy. Biopsychosocial Innovations for Children and Families, New York: Norton.

Linkografía

- Abbeduto, L., Krauss, M.W., Murphy, M.M., Orsmond, G., Seltzer, M.M., & Shattuck, P. (2004). El bienestar psicológico y afrontamiento en las madres de jóvenes con autismo, síndrome de Down, o síndrome de X frágil. Recuperado el 16 de Septiembre del 2014, disponible en <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-com>.
- Anula. A. Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad en Lectura Fácil; (en línea) Segunda Edición. 2011. Madrid.

Recuperado: 18 de febrero del 2015. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=convenci%C3%B.

- Armas. M. (2013). Impacto psicológico en padres de familia que tiene que afrontar el nacimiento de un niño (a) con parálisis cerebral. Recuperado.06 de Septiembre del 2014. Disponibles en <http://dspace.udka.edu.ec/handle//33000/1548>.
- Barraza. A. instituto de la familia de Guatemala. Recuperado 15-08-2014. Obtenido: <http://search.iminent.com/SearchTheWeb/v63082/Homepage/Default.aspx#q=solis%20y%20vidal%202006%20stress&s=web&p=1>.
- Botero Soto, Paula Andrea, & Londoño Pérez, Constanza. (2013). Psychosocial Predictors Of Quality Of Life In People Experiencing Physical Disability. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137. Retrieved February 24, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552013000200012&lng=en&tlng=es.
- Cano García, F.J., Rodríguez Franco, L., García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento / Spanish version of the Coping Strategies Inventory. Recuperado el 21 de febrero del 2015, disponible en https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=inventario+de+estrategias+de+afrontamiento+csi+pdf.
- Cuellar Flores, Isabel y Sánchez López, M.^a Pilar. Adaptación Psicológica en Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes. *Clínica y Salud* [online]. 2012, vol.23, n.2 [citado 2015-02-13], pp. 141-152. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130.
- Crowe, T.K., Cunningham-Sabo, L.D., Helitzer, D.L., & VanLeit, B. (2012). Los cambios percibidos en estrategias de autoimagen y de afrontamiento de las madres de niños con discapacidades. Recuperado el 08 de Septiembre del 2014, disponible en <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-con>.

- Cruz-Escobosa, María Isabel; Sorroche-Rodriguez, Juan Francisco Y Prados-Garcia, Francisco. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad: Sobre la atención sanitaria recibida. *Index Enferm* [online]. 2006, vol.15, n.54 [citado 2015-02-13], pp. 15-19. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200003>.
- Floyd, F.J., Greenberg, J.S., Hong, J., Pettee, Y., & Seltzer, M.M. (2001). Los impactos en el curso de vida de criar un niño con una discapacidad *Revista estadounidense sobre el retraso mental*, 106(3), 265-286. Número de Acceso de NARIC: J42170. Recuperado. 01/03/2015;; Disponible en. <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-com>.
- Limiñana, M. (2004). Mujer y Salud: Trauma y Cronificación En Madres De Discapacitados. *Anales De Psicología*, 20(1), 47. Retrieved from. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052-742012000200003&script=sci_arttexthttp://search.proquest.com/docview/1288752891?accountid=36765.
- Loubat O, Margarita, & Cuturrufo A, Nelson. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 269-277. p.5. Recuperado en 13 de Septiembre del 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000400002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272007000400002
- Lustig, D. C. (2002). Afrontamiento familiar en familias con un niño con una discapacidad, dentro de educación y capacitación en el retraso mental y discapacidad del desarrollo. Recuperado el 8 de Septiembre del 2014, disponible en <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8->

n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-con

- Manor-Binyamini, I. (2011). Las madres de niños con trastornos del desarrollo en la comunidad beduina en Israel: El funcionamiento de la familia, el agobio de proveedores de asistencia médica, y habilidades de afrontamiento. *Revista del autismo y trastornos del desarrollo*, 41(5), 610-617. Número de ERIC: EJ921938. Recuperado. 01/03/2015. Disponible. <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-con#terms>.
- Ortega, P, Torres, L, Luna, A, Garrido, A. (2012). Cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad *Psicología de la Familia*. Recuperado 6 de Septiembre del 2014, disponibles en <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia/>
- *Revista internacional de psicología* Vol. 08 No 02 julio 2007. El campo de estudio del estrés del programa de investigación estímulo – respuesta al programa de investigación Persona – Entorno Dr. Arturo Barraza instituto de la familia de Guatemala. Recuperado 15-08-2014. Obtenido: <http://search.iminent.com/SearchTheWeb/v6/3082/homepage/Default.aspx?q=solis%20y%20vidal%202006%20stress&s=web&p=1>.
- Sentimiento De Soledad, Aislamiento Social. V Estilos de Afrontamiento. Buenos Aires. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Número de ERIC: EJ921938. Recuperado. 01/03/2015. Disponible. <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-con#terms>.
- Serrano, P, Ana; Ortiz C, Lidia, & Crespo de Q, Johan. (2010). Estrategias de Afrontamiento en Familias de Niños de 0-4 Años con Parálisis Cerebral. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* ISSN impreso 0717-9227. Recuperado en 13 de febrero de 2015, disponible en <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/33631>.

- Serrata, C.A. (2012). Aspectos psicosociales de criar un niño con autismo. *Revista de asesoramiento de la rehabilitación aplicada (JARC)*, 43(4), 29-35.. Recuperado 01/03/2015. Disponible en <http://www.naric.com/?q=es/publicaciones/volumen-8-n%C3%BAmero-3-estrategias-de-afrontamiento-para-padres-de-ni%C3%B1os-con#terms>.
Número de Acceso de NARIC: J65360
- Stefani, D, Seidmann S, Pano, C, Acrich, L, y Bail Pupko, V. (2003) Los Cuidadores Familiares De Enfermos Crónicos: *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 1, 2003, pp. 55-65, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Dorina Stefani, Susana Seidmann, Carlos Pano, Luisa Acrich, Vera Bail Pupko Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de Afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 1, 2003, pp. 55-65, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, colombia. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica Dorina Stefani, Colombia.
- Zapata. A, Bastida. M, Quiroga. A, Charra. S, Leiva. J, (2012). Estrategias De Afrontamiento En Padres con Niños o Adolescentes con Retraso Mental *Lev*. Recuperado el 08 de Septiembre del 2014, disponible en <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewArticle/101/150>.
- <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>

Citas Bibliográficas Base de Datos UTA

- PROQUEST. Almeida, M. E. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad/New ways, old practices. thinking the notion of diversity and currently use in the field of disability. *Política y Sociedad*, 47(1), 27-48. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/748342638?accountid=36765>.
- PROQUEST. Alarcón-Leiva, J. (2014). La conducta adaptativa como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes de Chile/Adaptative behavior as a diagnostic criterion of intellectual disability

among students in Chile/O comportamiento adaptativo como critério para diagnóstico de deficiência mental em estudantes chilenos. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 187-199. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1518787045?accountid=36765>

- PROQUEST. Arcelloni, T. (2009). El Duograma en la Formación Sistémica. Los Terapeutas y sus Relaciones de Pareja1/The Duogram In Systemic Therapy Training. Therapists and their Couple Relationships. *Psicoperspectivas*, 8(1), 195-229. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/750519747?accountid=36765>
- Balandin, S., Hines, M., & Togher, L. (2012). Enterrado por el autismo: Las percepciones de autismo de los padres mayores. *Autismo: La revista internacional de investigación y práctica*, 16(1), 15-26. Recuperado el 1/03/2015. El texto completo es disponible en <http://aut.sagepub.com/content/16/1/15.full.pdf+html>
- PROQUEST. Castaño, E. F. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 10(2), 245-257. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/821057667?accountid=36765>.
- PROQUEST. García, E. M. (2010). Necesidades sociales de las personas con discapacidad en edad escolar y sus familias/Social needs for the social integration of persons with disabilities in school age and their families. *Cuadernos De Trabajo Social*, 23, 9-24. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/871382107?accountid=36765>.
- PROQUEST. Limiñana. R, Corbalán. F. (2007). Afrontamiento y Adaptación Psicológica en Padres de Niños con Fisura Palatina. Recuperado. 08 de Septiembre del 2014 disponibles en <http://search.proquest.com/docview/1288734246?accountid=36765>
- PROQUEST. López H, Arias A (2011). Dolor y personalidad, modelos: patoplástico y de la vulnerabilidad. Recuperado el 08 de Septiembre del 2014, disponibles en <http://searc>

h.proquest.com/docview/917446998/30971EE76FA049C4PQ/11?accountid=36.

- PROQUEST. Moltedo, A. (2004). Más Allá de la Nosografía: La Explicación Cognitivo Procesal Sistémica del Síntoma. *Psicoperspectivas*, 3, 85-93. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/750520056?accountid=36765>
- PROQUEST. Ricci, E. (2003). Traducción de Significados en Terapia Familiar. *Psicoperspectivas*, 2, 157-165. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/750519755?accountid=36765>.
- PROQUEST. Soriano, M. C. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual1,2. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 2(2), 173-197. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/748380882?accountid=36765>.
- PROQUEST. Terranova-Zapata, L. (2014). Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste/Intervention in community family therapy with ten cali families from the west hillside/Intervençao em terapia familiar comunitária com dez famílias locais do bairro ladera oeste. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 309-324. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1518786869?accountid=36765>

Anexos

Anexo N°. 1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento de CSI del proyecto de Investigación y Disertación de Tesis:

“Trastornos de personalidad y las estrategias de afrontamiento de los representantes legales de niños, niños y adolescentes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)”

Nombre del Representante Legal:Edad:.....

Nivel de Instrucción: Ocupación:

Nombre del Niño/a:Tipo de

Discapacidad:.....Nivel: Grado:

Programa..... Fecha: Abril 2014.

Piense unos minutos a cerca de la discapacidad de su hija/o y responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como maneja o manejó usted la situación, lea cada uno de las frases y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda.

**0: NADA EN ABSOLUTO 1: UN POCO 2: BASTANTE 3:
MUCHO 4: TOTALMENTE**

Esté seguro/a de que responda a todas las frases y de que marque un solo número en cada una de ellas; recuerde no hay preguntas correctas o incorrectas, y que solo se evalúa lo que usted hizo, pensó, sintió ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré alguien que escucho mí problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo/a	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta que era personalmente responsable de mis dificultades y me reproche	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hable con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma que veía la situación para que las cosas no se vieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evite estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué de lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4

24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionara	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como que nada me hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

Anexo N° 2.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Psicología Clínica

Aplicación del **Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV**, del proyecto de Investigación y Disertación de Tesis:

“Trastornos de personalidad y las estrategias de afrontamiento de los representantes legales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las Unidades de Educación Especializada del Distrito Educativo Intercultural Bilingüe Ambato 2 (18d02)”

Nombre del Representante legal:
.....**Edad:**.....

Nombre del Niño/a:
Discapacidad:.....

Nivel: **Año:**
..... **Fecha: Abril 2014.**

DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. No hay límite de tiempo.
3. Cuando la respuesta sea **VERDADERO**, marcar la letra **V**, cuando la respuesta puesta sea **FALSO**, marcar la letra **F**.

1.	Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2.	Confío en la gente que conozco	V	F
3.	No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
4.	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5.	Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6.	Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7.	Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8.	Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9.	Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10.	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11.	Nunca me han detenido	V	F
12.	La gente cree que soy frío y distante	V	F
13.	Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14.	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15.	La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16.	Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17.	Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18.	Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19.	Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
20.	A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21.	Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22.	Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23.	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24.	A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V	F
25.	Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26.	Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27.	Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28.	Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F

29.	Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30.	Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31.	Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32.	La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33.	Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34.	No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35.	No me gusta ser el centro de atención	V	F
36.	Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37.	La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38.	Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39.	Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40.	A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41.	Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42.	Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43.	Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44.	Tengo fama de que me gusta “flirtear	V	F
45.	Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46.	Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47.	Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48.	La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49.	Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50.	Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51.	Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52.	A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53.	Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54.	Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55.	Sueño con ser famoso	V	F
56.	Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57.	Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V	F

58.	Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59.	Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60.	Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61.	Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62.	Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63.	Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64.	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65.	Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66.	He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F
67.	No suelo mostrar emoción	V	F
68.	Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69.	Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70.	La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71.	Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72.	Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73.	Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74.	Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75.	Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76.	Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77.	Tengo amigos íntimos	V	F

.....

.....

.....

.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Psicología Clínica

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antecedentes:

En la ciudad de Ambato, a los del mes de del año en curso, nosotros, (Nombre de Representantes Legales). Autorizamos a la Unidad Educativa Especializada (Ambato o Camilo Gallegos), a documentar mediante la grabación, o filmación u otra forma de recopilar evidencias de las entrevistas y sesiones que sean necesarias con el objetivo de estudio y difusión, con fines terapéuticos y científicos; con el compromiso de mantener la privacidad, y protección de la integridad de la familia intervenida.

Autorizo libre y voluntariamente la documentación, escrita, grabación o filmación u otras formas convencionales o no de evidenciar los eventos que se susciten.

Las Entrevistas Terapéuticas Si () No ()

Las sesiones terapéuticas Si () No ()

La investigación de mi familia dentro de la Unidad Educativa

Especializada () Ambato () Camilo Gallegos Si () No ()

Analizar los resultados obtenidos Si () No ()

Difundir y socializar los resultados Si () No ()

.....

(Nombres completos)

C. C:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Psicología Clínica

Contrato Psicoterapéutico

Antecedentes.

En la ciudad de Ambato a los días, del mes del presente año, los que suscribimos manifestamos nuestro cabal acuerdo con las condiciones que se estipulan a continuación,

Sobre el trabajo que se desarrollará con presidido por el Terapeuta (Nombre del Terapeuta) y su equipo.

1. La duración del proceso terapéutico tendrá una duración de Doce sesiones (doce sesiones).
2. EL tratamiento podrá darse por concluido o suspendido de manera unilateral por parte del terapeuta o paciente – cliente.
3. El proceso terapéutico podrá ser documentado de cualquier método convencional o no, el mismo que ser cuidado y mantenido con el sigilo y seguridad respectiva.
4. (El paciente – cliente) nos comprometemos a participar en los procesos de seguimiento post terapéutico.
5. He comprendido y acepto las condiciones expuestas en este documento.

(Nombres y Apellidos)

Cédula de ciudadanía / Pasaporte



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Psicología Clínica

Evaluación y Compromiso de Seguimiento
del Tratamiento Psicoterapéutico

Antecedentes:

Con el propósito de realizar el, seguimiento y evaluación del proceso terapéutico seguido por el equipo institucional; solicitamos responda cada pregunta de manera lo más correcta como sea posible, marcando con un (x) la opción pertinente; ejemplo:

Cree usted que el proceso terapéutico en que participó usted (s) fue interesante?:

() No () Poco () Mucho

EL proceso terapéutico fue:

() Nada Útil () Poco útil () Muy útil

Luego de las sesiones terapéuticas por el problema que asistió, ¿ahora se encuentra?:

() Peor () Igual () Mejor

Luego del tratamiento la comunicación intrafamiliar es?:

() Peor () Igual () Mejor

Cuántas veces encontró las sesiones tensas:?

() Nunca () A veces () Siempre

En el proceso terapéutico. ¿Cuántas veces se sintió incómodo?

() Nunca () A veces () Siempre

¿Experimentó enojo con el terapeuta?

Nunca A veces Siempre

Ya que ha concluido el tratamiento, considera que ¿Cómo ve la situación actual de su familia?

Peor Igual Mejor

¿El tratamiento le ayudó a comprender mejor a usted mismo y su familia?

No Algo Mucho

¿Mejoraron las relaciones entre los miembros de la familia?

No Algo Mucho

¿Ha cambiado la relación intrafamiliar?

No Algo Mucho

En caso de requerir un proceso nuevo. ¿Lo tomaría con el mismo equipo terapéutico)

No Tal vez Si

Fecha.....

Firma.....