



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL

TEMA:

“TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL IBARRA EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga General

AUTORA:

CERÓN JARA SAMANTHA
LUCÍA

DIRECTOR:

MSC. ALEXIS GALINDO

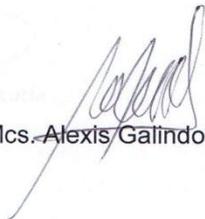
Ibarra, 2016

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Trabajo de Grado presentada por: la Srta. **Samantha Lucía Cerón Jara** previo a la obtención del título de Psicóloga General, una vez revisado el contenido con el tema: **“TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL IBARRA EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016”**

Doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente:



Mcs. Alexis Galindo Proaño



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040162864-9		
APELLIDOS Y NOMBRES:	CERÓN JARA SAMANTHA LUCÍA		
DIRECCIÓN:	Ibarra – Sánchez y Cifuentes 3-49 y Mejía Lequerica		
EMAIL:	samyceron11@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062952 043	TELÉFONO MÓVIL:	0990417452

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL-IBARRA EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016”
AUTOR :	Cerón Jara Samantha Lucía
FECHA: AAAAMMDD	2016 – 10 – 27
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Psicóloga General
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Alexis Galindo

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Cerón Jara Samantha Lucía con cédula de identidad Nro. 040162864-9, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular del derecho patrimonial, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 27 días del mes de Octubre del 2016

EL AUTOR:

(Firma) 
Nombre: Cerón Jara Samantha Lucía
C.I.: 040162864-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Cerón Jara Samantha Lucía, con cédula de identidad Nro. 040162864-9, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **"TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL-IBARRA EN EL PERÍODO MARZO-JULIO 2016"** que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicología General, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma) 
Nombre: Cerón Jara Samantha Lucía
C.I.: 040162864-9

Ibarra, a los 27 días del mes de Octubre del 2016

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes con su amor y comprensión han sido la fortaleza más importante para cumplir con este objetivo, por el esfuerzo y sacrificio, por el apoyo incondicional que me han brindado a pesar de los tropiezos. A mis hermanos, por sus palabras de ánimo que fueron mi mayor motivación para llegar con éxito a la culminación de esta etapa en la vida. A mis sobrinos, por ser mi inspiración para continuar en el camino.

Samantha

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica del Norte por haber posibilitado una oportunidad de superación y aprendizaje que garantizan un éxito personal y profesional.

Un agradecimiento de manera especial al Msc. Alexis Galindo, Tutor de Trabajo de Grado, quien ha guiado y contribuido de manera permanente en este trabajo de grado con pautas para su elaboración de manera pedagógica y didáctica, por la amistad y confianza otorgada.

A la institución que me abrió sus puertas para realizar este trabajo investigativo y poder culminar esta etapa importante en mi vida.

A mis padres quienes con infinito amor a través de la vida han sabido guiarme con su ejemplo de trabajo y honestidad, por todo su esfuerzo reflejado y por su constante apoyo que ha permitido alcanzar esta meta personal y profesional.

Samantha

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I.....	12
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Planteamiento del problema	15
1.3. Formulación del problema	16
1.4. Delimitación	16
1.4.1. Unidades de observación.....	16
1.4.2 Delimitación espacial.....	17
1.4.3 Delimitación temporal	17
1.5. Objetivos.....	17
1.5.1. Objetivo General	17
1.5.2 Objetivos Específicos	17
1.6. Justificación	18
CAPÍTULO II.....	20
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Fundamentación Teórica.....	20
2.1.1. Fundamentación Psicológica	20
2.1.2. Fundamentación Sociológica	21
2.1.3. Fundamentación Jurídica.....	21

2.1.4. Discapacidad Intelectual	22
2.1.5 Familia y Discapacidad Intelectual	28
2.1.6 Terapia Racional Emotiva	32
2.2 Posicionamiento teórico personal	39
2.3 Glosario de términos.....	40
2.4. Interrogantes	43
2.5. Matriz Categorial.....	45
CAPITULO III	47
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1. Tipo de Investigación.....	47
3.1.1 Descriptivo.....	47
3.1.2. De Campo	47
3.1.3. Bibliográfico.....	51
3.2. Métodos.....	48
3.2.1 El método Analítico - Sintético.....	48
3.2.2. El método Inductivo – Deductivo.	48
3.2.3. Método biográfico	49
3.3 Técnicas e instrumentos.....	49
3.3.1 Técnicas	49
3.3.2 Instrumentos.....	50
3.4 Población	53
3.5 Muestra.....	53
CAPITULO IV.....	54
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	54
4.1 Encuesta a padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra	54
4.2. Historia Clínica.....	70
4.3. Test de Vulnerabilidad al Estrés	76
CAPÍTULO V.....	77
5.1 Conclusiones	77
5.2. Recomendaciones	78
CAPITULO VI.....	80

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	80
6.1 Título de la propuesta.....	80
6.2. Justificación e importancia.....	80
6.4. Fundamentación.....	81
6.5 Objetivos.....	82
6.5.1 Objetivo General:	82
6.5.2. Objetivos específicos:.....	82
6.6. Ubicación sectorial y física	82
6.7 Desarrollo de la propuesta.....	83
6.7.1 Terapia Racional Emotiva- tomado de Albert Ellis	83
6.7.2. Taller Grupal.....	87
6.8 Impactos	89
6.8.1 Impacto Social.....	89
6.8.2 Impacto familiar	90
6.8.3 Impacto educativo	90
6.8.4. Impacto psicológico	90
6.9. Difusión.....	91
6.10 Bibliografía.....	92
ANEXOS.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEFICIENCIA INTELECTUAL	24
TABLA N° 2 CLASIFICACIÓN DEL RETRASO MENTAL SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA AMERICANA (DSM-IV) Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CIE-10).....	25
TABLA N° 3 NIVELES DE COEFICIENTE INTELECTUAL SEGÚN LA ESCALA WAIS	27

TABLA N° 4	54
TABLA N° 5	55
TABLA N° 6	56
TABLA N° 7	57
TABLA N° 8	58
TABLA N° 9	59
TABLA N° 10	60
TABLA N° 11	61
TABLA N° 12	62
TABLA N° 13	63
TABLA N° 14	64
TABLA N° 15	65
TABLA N° 16	66
TABLA N° 17	67
TABLA N° 18	68
TABLA N° 19	69
TABLA N° 20: EDAD.....	70
TABLA N° 21: SEXO.....	71
TABLA N° 22: ESTADO CIVIL.....	72
TABLA N° 23: GRADO DE ESCOLARIDAD.....	73
TABLA N° 24: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	74
TABLA N° 25: ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD.....	75
TABLA N° 26: TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS	76
TABLA N° 27: RECURSOS TERAPIA.....	86
TABLA N° 28: RECURSOS TALLER.....	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1.....	54
-------------------	----

GRÁFICO N° 2.....	55
GRÁFICO N° 3.....	56
GRÁFICO N° 4.....	57
GRÁFICO N° 5.....	58
GRÁFICO N° 6.....	59
GRÁFICO N° 7.....	60
GRÁFICO N° 8.....	61
GRÁFICO N° 9.....	62
GRÁFICO N° 10.....	63
GRÁFICO N° 11.....	64
GRÁFICO N° 12.....	65
GRÁFICO N° 13.....	66
GRÁFICO N° 14.....	67
GRÁFICO N° 15.....	68
GRÁFICO N° 16.....	69
GRÁFICO N° 17 EDAD.....	70
GRÁFICO N° 18 SEXO.....	71
GRÁFICO N° 19 ESTADO CIVIL.....	72
GRÁFICO N° 20 GRADO DE ESCOLARIDAD.....	73
GRÁFICO N° 21 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	74
GRÁFICO N° 22 ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD.....	75
GRÁFICO N° 23 TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS.....	76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Solicitud para realizar trabajo de grado en IEEI.....	96
Anexo 2: Certificación del Instituto de Educación Especial Ibarra.....	97
Anexo 3: Certificación de Traducción Abstract.....	98
Anexo 4: Formulario para el establecimiento de metas en la TRE.....	99

Anexo 5: Hoja para la identificación de idas irracionales.....	101
Anexo 6: Test de Vulnerabilidad al Estrés.....	103
Anexo 8: Fotografías Primer encuentro con padres de familia de IEEI....	104
Anexo 9: Fotografías Taller Comunicación Intrafamiliar.....	105
Anexo 10: Invitación para el taller de comunicación intrafamiliar.....	106

RESUMEN

La Terapia Racional Emotiva, desarrollada por Albert Ellis en 1956, propone el cambio de pensamientos “irracionales” que le producen a la persona problemas psicológicos mediante el acompañamiento psicológico para generar pensamiento positivo. Para los padres de hijos con discapacidad, afrontar la realidad sobre la discapacidad les ha llevado a vivir con sentimientos de frustración y culpa. La investigación propone establecer terapias individuales basadas en los conceptos de la Terapia Racional Emotiva a los padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra para determinar si pueden generar aceptación de la realidad sobre la discapacidad de sus hijos, con lo que se espera la disminución de sentimientos de culpa y frustración; así como también fortalecer el vínculo afectivo con sus hijos y demás miembros de su familia. La investigación es de tipo descriptiva, se trabajó con una muestra seleccionada en base a términos de inclusión y exclusión. Con la muestra establecida se realizó un trabajo terapéutico de manera individual de seis a ocho sesiones, en las cuales se manejó la relajación, se realizaron historias clínicas de cada uno de los participantes, con la finalidad de obtener información sobre anamnesis y antecedentes de discapacidad, se aplicó un test de Vulnerabilidad al Estrés para verificar si se mantenían los síntomas de ansiedad que se presenciaron en el cuestionario HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada) y posteriormente se realizó un taller de Comunicación Intrafamiliar para brindar una guía a los participantes sobre la relación emocional con sus hijos.

ABSTRACT

The Rational Emotional Therapy developed by Albert Einstein in 1956; proposes a change on the “irrational” thoughts which produce psychological problems in the person through a psychological accompaniment to generate a positive thinking. For the disabled children’s parents, facing the reality on the disability has turned on living with a life full of frustration and blame feelings. The research proposes to establish individual therapies based on the concepts of the Rational Emotional Therapy to the family parents of the “ Instituto de Educacion Especial Ibarra” to determine if they can generate acceptability of the reality on their Children’s discapacity, so a reduction of frustration and blame feelings is expected, As well as to strengthen the affective link with their children a more family members. The research is of a descriptive type, it was done with a sample selected on based terms of inclusion and exclusion. With the established sample an individual therapeutically work of six to eight was realized, in which the relaxation was mas managed, every participant’s clinical files were made, with the goal to obtain information on the amnesia and discapacity backgrounds, a test of vulnerability to the stress was applied to verify if the symptoms of anxiety were still kept which were presented on the questioner HAD57: Hospital, anxiety and depression (self-taken) and then an intra-familiar communication workshop was done to deal a guide on the emotional relationship with their children to the participants.

INTRODUCCIÓN

El interés de esta investigación se ve sustentado en la necesidad de hacer frente a la realidad de la situación familiar actual y como se relaciona con la calidad de vida. Una familia con un hijo con discapacidad intelectual deberá afrontar muchos inconvenientes y más aún cuando el proceso de asimilación de esta realidad ha sido dejado de lado para dar prioridad a la atención del nuevo miembro familiar.

Para la realización de esta investigación se contará con la aplicación de técnicas terapéuticas basadas principalmente en la Terapia Racional Emotiva desarrollada por Albert Ellis, la cual posee argumentaciones relacionadas con pensamientos erróneos en los seres humanos, los cuales, necesariamente deberán transformarse para permitir la modificación de emociones y comportamientos.

Como toda investigación que tiene principios científicos requiere de un enfoque no experimental, la muestra en un método no probabilístico estableciendo criterios de inclusión. De igual manera será preciso la utilización de reactivos psicológicos e instrumentos de recolección de datos.

Sobre los recursos, el financiamiento correrá por cuenta del investigador. Se ha realizado una planificación para el cumplimiento del cronograma, haciendo un diagrama para posterior intervención durante el período Marzo-Julio 2016.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes

Existen diversas investigaciones realizadas acerca de Discapacidad y la relación social y familiar, en el aspecto familiar se entienden diversos aspectos relacionados a la dificultad que tienen los padres en aceptar la realidad sobre la discapacidad de sus hijos/as

En la tesis “Pensamientos, sentimientos y actitudes de las familias con un miembro con Síndrome de Down. Centro de Educación Especial, Fundación Cariño, Pasaje, 2012”. Acerca de hijos/as discapacitados y la relación con los padres afirma que las familias con hijos con discapacidad suelen estar aisladas, evidencian repetidamente que otros niños miran a sus hijos, los evitan, preguntándose si se burlan de ellos y que ello conlleva en los padres sentimientos de tristeza y como consecuencia genera mayor sensibilización frente a rechazos abiertos o encubiertos y un aislamiento aún mayor debido a la presión que ejerce la sociedad. La carga emocional suele ser desalentadora en progenitores de hijos con discapacidad (Ramón, 2013).

Al hablar de aceptación de la realidad frente a la discapacidad en la tesis “La influencia de la dimensión psicoemocional de la familia en el desarrollo educativo de niños con Necesidades Educativas Especiales” habla sobre la primera actitud negativa, la cual es el rechazo y por lo tanto la negación de la realidad, atribuyendo el diagnóstico a la mala suerte e inconscientemente pueden sentirse culpables, evadiendo la realidad y buscando culpables (Zavala, 2011).

La revista electrónica de Psicología habla sobre la presencia de un niño con discapacidad como un factor potencial que perturba el equilibrio de la dinámica familiar existente hasta el momento, cuando el diagnóstico de la discapacidad está establecido, “los padres atraviesan un cambio de actitud que implica un largo y doloroso proceso de asimilación, con un alto grado de estrés que necesitará el apoyo de un profesional para lograr el manejo adecuado” (Guevara Benítez & Gonzáles Soto, 2012).

De igual manera en la tesis “Familia y Discapacidad: Vivencias de madres y padres que tienen un/a hijo/a ciego/a o sordo/a hace referencia en cuanto a la familia de un niño/a con discapacidad”, la cual afronta una crisis, que no es propia del proceso evolutivo, sino de una accidente desencadenado por un diagnóstico médico oficial y el malestar que presentan estas familias está relacionada con la frustración que sienten los padres sobre las expectativas que tenían en cuanto al nacimiento de su hijo/a (Durán, 2011).

Se ha hablado sobre etapas y procesos pero antes de ello en la tesis “Análisis e incidencia de los factores de resiliencia en padres y madres con hijos, que bajo el constructo de la diversidad, son etiquetados como discapacitados: una propuesta de intervención en el ámbito sociofamiliar”,

habla sobre el proceso de duelo, no como una pérdida en sí, sino al cambio abrupto de realidad que deben afrontar, ya que cuando el “hijo soñado” no llega y en lugar de ello nace un niño/a con discapacidad entonces los padres sufren una especie de luto ante la pérdida de ese hijo/a idealizado (Marques, 2011).

El estudio realizado en la tesis “Reacciones de los padres de familia ante el diagnóstico de Discapacidad de su hijo/a, en Fundal Guatemala” plantea que existen varias etapas por las cuales atraviesan los padres de familia de hijos/as con discapacidad ante el diagnóstico de la discapacidad entre las cuales se encuentran la negación y el aislamiento, el enojo, el miedo, el rechazo, la búsqueda y la aceptación; aunque no todos los padres pasen por cada una de las etapas ni tampoco lo experimentan con la misma intensidad, dependerá también del diversos factores como el entorno social y el grado de discapacidad (Hernández, 2014).

Siguiendo con la temática en la tesis “El papel de la familia en el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual y su relación con el trabajo social” de la autora Verónica María Gutiérrez Gómez de la Universidad de la Laguna en el año 2014 sobre padres e hijos con discapacidad nos dice que la familia es un sistema integrado en donde al surgir un cambio afectará a todos los miembros de la familia; uno de estos cambios se producen cuando nace un hijo/a con discapacidad puesto que va a requerir una atención específica y por lo tanto una nueva reestructuración familiar (Gutiérrez, 2014).

1.2. Planteamiento del problema

El nacimiento de un bebé es un motivo de alegría, aunque representa una gran responsabilidad, puesto que se requiere tiempo, dinero y un gran compromiso. Cuando el niño nacido es uno con discapacidad intelectual, ese trabajo se multiplica.

En el Ecuador en la provincia de Imbabura según estadísticas se entregaron 1764 carnets de discapacidad intelectual, equivalente al 2,70% (CONADIS, 2013). Las cifras revelan la realidad sobre padres de hijos con discapacidad intelectual que afrontaron y afrontan el diario vivir adaptándose a su realidad, pero sin lograr aceptarla.

No existe una escuela que nos prepare para ser padres y más aún de un hijo con discapacidad intelectual. Los padres se encuentran entonces con una serie de preguntas a las que no pueden responder. “La primera preocupación de las familias con hijos con discapacidad intelectual fue que recibieran una atención adecuada, principalmente una buena atención educativa. Posteriormente, la preocupación fue extendiéndose al empleo, y más tarde a las alternativas residenciales” (Verdugo, 2000, pág. 163).

Por otro lado, todas aquellas expectativas que se habían generado sobre su hijo con respecto a su futuro se ven truncados por una realidad a la cual no estaban preparados, ya que los sueños y proyectos creados antes del nacimiento eran muchos, y ahora es una realidad completamente distinta (Verdugo, 2000). Es a partir de aquí que la frustración que llegan a sentir los padres es mal manejada y llega a proyectarse en sus hijos; una baja autoestima y la falta de seguridad son producto de la sobreprotección

compensatoria que va alejando cada vez más al hijo de la autonomía que se pretende alcanzar como ser individual.

El uso de técnicas psicoterapéuticas posibilita el manejo de la frustración y puede dar paso a la aceptación de la realidad en cuanto a las limitaciones que tiene un niño con discapacidad intelectual.

Si la aceptación de la realidad no se evidencia puede conducir a la familia a un quiebre de lazos afectivos, a la negligencia hacia el niño y en generar sentimientos de culpa en el niño con discapacidad intelectual.

1.3. Formulación del problema

¿Es posible la aceptación de la realidad por parte de los padres con hijos que presentan discapacidad intelectual para lograr el manejo de la frustración?

1.4. Delimitación

1.4.1. Unidades de observación

Padres y madres de familia de hijos con discapacidad intelectual del Instituto de Educación Especial Ibarra, que estén legalmente matriculados, procedentes de diferentes sectores de la provincia de Imbabura, que pese a haber generado adaptación sobre la discapacidad de sus hijos no hayan aceptado la realidad y superado la frustración de la misma.

1.4.2 Delimitación espacial

La investigación se llevó a cabo en el Instituto de Educación Especial Ibarra ubicado en la calle obispo Jesús Yerovi y 13 de abril de la Parroquia El Sagrario, de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura-Ecuador, institución que brinda atención en el área de Educación Especial.

1.4.3 Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en el periodo Marzo-Julio 2016

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Generar mayor aceptación de la realidad en la condición de padres de familia de hijos con discapacidad intelectual mediante la aplicación de sesiones terapéuticas basadas en el concepto de la Terapia Racional Emotiva

1.5.2 Objetivos Específicos

- Establecer las condiciones de aceptación de la realidad de los padres de familia de hijos/as con discapacidad intelectual.
- Generar circunstancias que favorezcan el proceso de aceptación de la realidad por parte de los padres de familia de hijos/as con discapacidad intelectual.

- Demostrar que a través de la Terapia Racional Emotiva es posible la modificación de ideas irracionales.

1.6. Justificación

Las expectativas generadas en un hijo antes de nacer, los planes visualizados a futuro se caen drásticamente ante los ojos de los padres cuando el niño/a que ha llegado tiene una discapacidad intelectual, al ser lo prioritario la atención adecuada hacia el hijo/a los padres se desplazan a sí mismos como algo secundario de tal manera que todas sus emociones frente a la discapacidad son reprimidas.

Sucede un proceso de adaptación al estilo de vida que deben manejar alrededor del hijo/a con discapacidad, pero no se ha generado un proceso de aceptación de la realidad en el que se logre superar los sentimientos de frustración y rechazo.

Al realizar un proceso de aceptación de la realidad permite a los padres generar un vínculo aún más fuerte con sus hijos/as dejando de lado los sentimientos de sobreprotección y les ayuda a mirar a sus hijos como seres individuales con capacidades y límites, dependiendo del grado de discapacidad y dejando de lado la idea de que ser padre de un hijo con Necesidades Educativas Especiales necesariamente los convierte en Padres Especiales.

Al no realizarse dicho proceso se corre el riesgo de alimentar la sobreprotección hacia el hijo/a creyéndolo un ser sin oportunidad de

autonomía y sembrando la idea de que su vida girará en torno al hijo/a con discapacidad el resto de sus vidas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentación Teórica.

2.1.1. Fundamentación Psicológica

El enfoque de esta investigación se basa en el manejo de la Terapia Racional Emotiva desarrollada por Albert Ellis en 1956, la cual plantea que a veces, las personas aprenden esquemas cognitivos inadecuados que hacen que se sientan mal sin ser conscientes de que están interpretando la realidad erróneamente, se lo determina como “pensamiento irracional”; son pensamientos, sentimientos y conductas que actúan de manera integrada en la persona, y la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que la persona realiza de los hechos; es decir si ocurre algo que no nos gusta y por consiguiente lo calificamos como malo (cognición-pensamiento), nos sentimos mal al respecto, ya sea enojados/as o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, como llorar o evitar la situación (conducta) y le produce al individuo consecuencias negativas en sus relaciones laborales, interpersonales, académicas, en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo (Dryden & Ellis, 1987).

Es importante recalcar que para la TRE no todas las emociones son necesariamente perturbadoras, la tristeza por una pérdida, por ejemplo, sin embargo, cuando esa tristeza se prolonga y es muy debilitante, la persona comienza a aislarse y deteriora su capacidad de autocuidado, se convierte en una emoción disfuncional, perturbadora y es un objetivo para la intervención terapéutica.

2.1.2. Fundamentación Sociológica

En cuanto al fundamente sociológico, históricamente la discapacidad ha sido enfocado desde un punto de vista médico como una enfermedad y en ciertas sociedades sigue siendo de esta manera, es por ello que en gran medida la sociedad es la que llega a incapacitar a las personas con discapacidad al imponer obstáculos materiales y estereotipos sociales que fomentan la marginación y la exclusión; es por ello necesario destacar la importancia de abandonar la idea sobre que una discapacidad es una condición que conlleva consecuencias de manera individual y asumir que es una experiencia de vida relacionada directamente con un conjunto de restricciones impuestas por el entorno social. Ya lo manifiesta Patricia Brogna (2006) tomado de (Ferreira, 2008) La discapacidad no es una condición a curar, a completar o reparar, es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo). La discapacidad toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea.

2.1.3. Fundamentación Jurídica

La fundamentación Jurídica se basa en la Ley Orgánica de Discapacidades Ecuador la cual tiene por objeto asegurar la prevención,

detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad; (Nacional A. , 2012)

2.1.4. Discapacidad Intelectual

2.1.4.1. ¿Qué es la Discapacidad Intelectual?

La Discapacidad Intelectual es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. El Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidades, manifiesta que dichas limitaciones ocasionan que el niño/a se desarrolle más lentamente y le tome más tiempo aprender a hablar, caminar y realizar actividades que involucren su propio cuidado personal (Küpper, 2005)

Por lo tanto, la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Desarrollo (AAIDD) definió en el 2002 la discapacidad intelectual como: “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales”

2.1.4.2. Causas de la Discapacidad Intelectual

Las limitaciones por parte de las personas con Discapacidad Intelectual son ocasionadas por diversos factores causales de carácter personal o

ambiental, que ejercen su acción en diferentes momentos y que afectan al desarrollo del individuo; estos factores causales según la Guía de Apoyo Técnico-Pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el nivel de Educación Parvularia (Ministerio de Educación de Chile, 2007) pueden ser:

- Genéticos: se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina. Por ej. El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros.
- Del embarazo: agentes tóxicos (ingesta de alcohol, drogas, enfermedades virales, diabetes, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), traumatismo por caídas o accidentes.
- Del parto: prematuras (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.
- De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.
- Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carenciado de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico.

2.1.4.3. Diagnóstico y Coeficiente Intelectual

Dentro del ámbito clínico los sistemas internacionales de clasificación (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD, anteriormente AAMR (Asociación Americana de Retardo Mental, 1959), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 (OMS, 2013). Y el Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (APA, 1994) consideran tres criterios utilizados para el diagnóstico

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas.
- Comienzo antes de los 18 años

En las tablas 1 y 2 se detallan con mayor detenimiento estos criterios.

Tabla N° 1

Criterios de Diagnóstico de Deficiencia Intelectual

Limitación sustancial del funcionamiento actual caracterizado por:

1. Funcionamiento Intelectual significativamente inferior a la media, definida por el Coeficiente de Inteligencia (CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencia, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado debajo de 70 puntos.
 2. Limitaciones relacionadas con la conducta adaptativa en al menos dos de las siguientes áreas:
 - Comunicación
 - Autocuidado
 - Vida en el hogar
 - Habilidades sociales
 - Uso de la comunidad
 - Autodirección
 - Salud y seguridad
 - Habilidades académicas funcionales
-

-
- Ocio
 - Trabajo

3. Inicio antes de los 18 años

Fuente: Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Desarrollo (AAIDD), 2002
 Nota. Recuperado de (Ramón, Pere, & Luis, 2004)

Tabla N° 2

Clasificación del retraso mental según las clasificaciones de la Sociedad de Psiquiatría Americana (DSM-IV) y la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)

DSM-IV		CIE-10	
1. RM Leve	CI de 50-55 a 70	1. RM Leve (Código F70)	CI entre 50-69
85% de la población con retraso mental			
2. RM Moderado	CI entre 35-40 y 50-55	2. RM Moderado (F71)	CI entre 35-49
10% de la población con retraso mental			
3. RM Grave	CI de 20-25 a 35-40	3. RM Grave (F72)	CI entre 20-34
3-4% de la población con retraso mental			
4. RM Profundo	CI por debajo de 20-25	4. RM Profundo (F73)	CI inferior a 20
1-2% de la población con retraso mental			

5. RM no especificado	5. Otro RM (F78)
Existe una fuerte sospecha de retraso mental pero no puede ser detectado a través de las pruebas de inteligencia convencionales (p. ej. Debido a un deterioro importante)	La evaluación del grado de RM es difícil o imposible de establecer debido a déficits sensoriales o físicos, trastornos graves del comportamiento o incapacidad física.
	6. RM sin especificación (F79)
	Evidencia de RM pero sin información suficiente como para asignar al sujeto a una de las categorías anteriores

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 1994 y Organización Mundial de la Salud (OMS)

Nota. Recuperado de (Ramón, Pere, & Luis, 2004)

Es importante establecer una clasificación dentro de Discapacidad Intelectual ya que favorece en varios aspectos como por ejemplo planificar la intervención que se va a realizar a futuro, de igual manera es posible el reconocimiento de la discapacidad con mayor facilidad, de manera especial cuando no es tan reconocible mediante los rasgos físicos, también proporciona una visión futura sobre el ritmo del progreso al que se puede aspirar para formular expectativas y metas, así mismo favorece un diagnóstico precoz con enfoque a la estimulación temprana, así como también contribuye con los padres para que estos puedan buscar recursos o grupos de ayuda necesarios (Navas, Verdugo, & Gómez, 2008).

2.1.4.4 ¿Qué es Coeficiente Intelectual?

El coeficiente intelectual o también conocido como IQ es la medida estandarizada que permite conocer las capacidades generales de una

persona a razonar y adaptar de manera eficaz, todo tipo de situaciones, además de conocer su inteligencia (Miranda, 2009).

Para la estimación del coeficiente intelectual se utilizan una serie de instrumentos. En adultos el test más difundido es la segunda versión de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-11), que permite clasificar a la población general en diversos grupos según su nivel de inteligencia (tabla 3).

Tabla N° 3

Niveles de coeficiente intelectual según la escala WAIS

CI	Clasificación	% de población
130 y más	A Muy superior	2.2
120-129	B Superior	6.7
110-119	A Normal-alto	16.1
90-109	B Medio	50.0
80-89	C Bajo-normal	16.1
70-79	A Inferior	6.7
69 y menos	B Deficiente mental	2.2

Fuente: Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS)

Nota. Recuperado de (Ramón, Pere, & Luis, 2004)

Se trata de un constructo teórico cuyo resultado (el CI), muestra una alta variabilidad entre diferentes culturas, una falta de estudios sobre su distribución real en muchas regiones del planeta, y una inestabilidad histórica que viene determinada por el aumento constante del nivel de CI en las poblaciones occidentales. Pero como sabemos, el retraso mental no depende sólo del nivel intelectual ni de las habilidades de adaptación por separado, sino de ambos elementos. El concepto se refiere así,

a una limitación importante en el funcionamiento de la persona, consecuencia de la interacción de las capacidades restringidas del individuo con el medio en el que vive-, no a las limitaciones de la persona en sí mismas (Ramón, Pere, & Luis, 2004, págs. 29,30)

2.1.4.5 Signos de Discapacidad Intelectual

Sobre Discapacidad Intelectual no siempre los signos que determinan la discapacidad son visibles desde el inicio como en el caso de Síndrome de Down; en otros casos la discapacidad es diagnosticada cuando el niño/a esta inmerso en el ámbito educativo.

Algunos de los indicadores más comunes son los que están relacionados directamente con el desarrollo; es decir si el niño/a gatea, se sienta o camina más tarde que los demás niños, si aprenden a hablar más tarde o tienen dificultades al hablar, se les dificulta recordar cosas, conflictos en comprender las normas sociales, dificultades en resolver problemas y en visualizar las consecuencias de sus actos (Küpper, 2005).

2.1.5 Familia y Discapacidad Intelectual

Actualmente, el concepto de Discapacidad Intelectual esta enlazado al funcionamiento de la persona en el medio en el que se desenvuelve, y es justo en ese medio donde las personas más cercanas desempeñan un papel determinante para el desarrollo, aprendizaje y posible independencia y autodeterminación del individuo. Y la calidad de vida de la persona con

limitaciones cognitivas va a depender en gran parte de la calidad de vida de su familia (Guevara & González, 2012).

Con respecto a la reacción de la familia frente a la Discapacidad Intelectual:

“La adaptación de una familia a la discapacidad de uno de sus integrantes es un proceso que puede durar toda la vida y en ocasiones no se logra, existen familias que se desintegran ante la presencia de la discapacidad en sus vidas, otras pueden permanecer juntas pero sus relaciones se caracterizan por las fricciones constantes que se generan al no encontrar soluciones a las situaciones que enfrentan, también existen familias que logran encontrar la adaptación y se conforman como una unidad de apoyo, lo que las hace retomar sus expectativas de vida personales, profesionales y familiares para lograr tener un bienestar personal y familiar” (Montes Aguilar & Hernandez Sánchez, 2011, págs. 9-10)

Es por ello que son pocas las familias con miembros con discapacidad intelectual las que logran transmitir a sus hijos la seguridad emocional necesaria para alcanzar autonomía.

2.1.5.1 Padres: Proceso de adaptación frente la Discapacidad Intelectual

Cuando una familia recibe la noticia de que su hijo tiene discapacidad intelectual sus reacciones van a depender de una serie de representaciones que tienen sobre la discapacidad, sus propios juicios y prejuicios, y de las experiencias de vida que tengan ante la discapacidad. (Montes Aguilar & Hernandez Sánchez, 2011)

Sin embargo, recibir la noticia sobre la discapacidad de un hijo en el nacimiento o edad temprana siempre genera un impacto emocional dentro del núcleo familiar y de manera especial en los padres, siguiendo por un proceso que implica atravesar por un cambio de actitud hacia un proceso de educación, y que requerirá de asesoramiento profesional.

Este proceso según consiste en las siguientes etapas:

1. Primera reacción (Shock): Este estadio produce un fuerte impacto que puede durar entre unos minutos hasta varios días. Por el contrario, si los padres ya imaginaban o esperaban dicho diagnóstico este estadio puede ser más leve.
2. Negación: Caracterizado por la no aceptación de la realidad que vive la persona misma o el familiar, aun después de haber recibido toda la información pertinente a la discapacidad.
3. Reacción: Como se puede observar en las dos primeras fases tanto la familia como el afectado tienen a negar y explicar que es algo temporal o que simplemente no está ocurriendo; pero en esta etapa se da cuando ellos empiezan a aceptar la situación que viven, dándole a conocer muchas veces con: enojo, culpa, depresión, reproche hacia los profesionales, entre otros.
4. Adaptación y orientación: En esta etapa, la familia y el afectado toman conciencia de la realidad que se vive, optan por una postura más realista y abierta para ofrecer y recibir sugerencias para sobrellevar de mejor manera la discapacidad (Mileny, 2013)

En la etapa de negación, ésta va acompañada de una sensación de pérdida, experimentada por los padres al perder el/la hijo/a que esperaban,

que, en su imaginación tenía determinadas características físicas y psicológicas, y con un futuro diseñado, a menudo, con muchos detalles: escuela, universidad, trabajo, juegos, deporte, etcétera. Por lo tanto, la familia debe renunciar a este hijo/a (sentimientos de pérdida) y acoger al nuevo que trae demandas específicas (asimilación y aceptación), es decir, debe elaborar el duelo.

Posteriormente luego de estas etapas regularmente las familias siguen un proceso de aceptación y conformidad; serán influencias dependiendo de la discapacidad y la capacidad que tengan los padres para sobrellevar dicha situación.

Para poder realizar este proceso es necesario en primer lugar cambiar la idea errónea al asumir que tener un hijo con Discapacidad Intelectual, los convierte necesariamente en padres discapacitados. En las familias, además de luchar por el desarrollo de todas las capacidades del hijo con discapacidad, debemos continuar con nuestra independencia habitual. La familia no está discapacitada

2.1.5.2 Expectativas sobre el hijo

Cuando los padres han establecido expectativas futuras en un hijo durante embarazo y el resultado es un hijo/a con discapacidad intelectual se enfrentan a una serie de conflictos emocionales muy difíciles de manejar. “El trauma es tal que muy a menudo resulta no narrable, pues no hay palabras que parezcan suficientemente aptas para contar el sufrimiento de estas familias, por lo que el silencio, a menudo, es utilizado como defensa contra el dolor” (Guevara Benítez & Gonzáles Soto, 2012).

2.1.6 Terapia Racional Emotiva

El objetivo de la TRE es la reestructuración de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias irracionales, asociados a conclusiones falsas que adquieren las personas en su infancia y la mantienen a lo largo de sus vidas produciéndole la infelicidad (Dryden & Ellis, 1987).

2.1.6.1 Principales conceptos teóricos

La TRE según su creador Albert Ellis (Dryden & Ellis, 1987) está basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la TRE se asienta en los siguientes conceptos teóricos:

- Objetivos, propósitos y racionalidad:

De acuerdo a la teoría de la TRE según Dryden y Ellis (1987), los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que, en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social. Por tanto, una filosofía del propio interés, implica que una persona se coloca así misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tomados en cuenta. Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo *racional* en la teoría de la TRE es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y

propósitos básicos, por el contrario, lo *irracional* es lo que les frena”. Sin embargo, la irracionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.

- Énfasis humanístico

La TRE “no pretende ser puramente objetiva, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas” (Bandura, 1977; Ellis, 1973, 1984 a) tomado de (Dryden & Ellis, 1987, pág. 16).

- La interacción de los procesos psicológicos y la cognición.

Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada, sino que se superponen significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas. La TRE ha insistido en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado como la forma en que percibimos los hechos, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas (Dryden & Ellis, 1987).

Según Dryden y Ellis (1987), las creencias Irracionales son absolutas por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a”, etc. Y provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo). Las creencias racionales son el fundamento de los

comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.

- Dos tendencias biológicas básicas

La TRE según Dryden y Ellis (1987) afirma que la tendencia natural de las personas a pensar de forma irracional influye notablemente. Su teoría de que el pensamiento irracional está muy determinado por factores biológicos (que interactúan siempre con las condiciones ambientales) se apoya en la evidencia de que todos los seres humanos tienen pensamientos retorcidos, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad.

A continuación, se presenta lo que para Albert Ellis y Dryden (1987) es una evidencia en favor de la hipótesis sobre la base biológica de la irracionalidad humana:

1. En potencia todos los humanos, incluidas las personas brillantes y competentes, demuestran tener los principales pensamientos irracionales.
2. Todos los pensamientos irracionales productores de trastornos (los absolutistas tengo que y debo) que se han descubierto en nuestra sociedad, también han sido encontrados en prácticamente todos los grupos sociales y culturales que se han estudiado en Historia y Antropología.
3. Muchas de las conductas irracionales que realizamos, como el dejar para mañana lo que puedes hacer hoy, o la falta de autodisciplina,

van en contra de las enseñanzas de nuestros padres, amigos y medios de comunicación.

4. Los humanos, incluso las personas inteligentes y brillantes, una vez abandonadas y superadas las irracionalidades, adoptas otras nuevas.
5. Las personas que se oponen con todas sus fuerzas a diversos tipos de conductas irracionales a menudo son presas de estas mismas irracionalidades. Los ateos y agnósticos predicán filosofías profundamente religiosas y los individuos profundamente religiosos actúan inmoralmente.
6. Caer en cuenta de los pensamientos y conductas irracionales ayuda a cambiarlos sólo parcialmente. Por ejemplo, hay personas que saben que beber alcohol en grandes cantidades es dañino, pero el hecho de saberlo no les conduce necesariamente a abstenerse de beber.
7. Los humanos a menudo recaemos en hábitos y patrones de conducta irracionales, incluso aunque hayamos trabajado mucho para vencerlos.
8. Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de autodestrucción que de autovaloración. De hecho, no suele haber problemas para comer más de la cuenta, pero sí para seguir una dieta sencilla.
9. Psicoterapeutas que debieran ser un buen modelo de racionalidad para sus pacientes, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional.
10. Las personas con frecuencia se autoengañan creyendo que algunas experiencias negativas (divorcio, estrés y otros infortunios) no es van a ocurrir. (Dryden & Ellis, 1987).

2.1.6.2 Teoría de los ABC del pensamiento y la perturbación emocional

Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas, pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos. En la versión de los ABC de la TRE para el trastorno emocional, A representa los acontecimientos activadores que sirven como preludio a C, las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de A (conocidas frecuentemente como síntomas neuróticos) (Dryden & Ellis, 1987).

2.1.6.2.1 Acontecimientos desencadenantes o activadores (A) de las consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales.

La teoría TRE de la personalidad y de las alteraciones de la personalidad comienza con los intentos de la gente de ver realizados sus objetivos, y enfrentarse a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores (A) que pueden ayudarles a conseguir esos objetivos o por el contrario obstaculizarlos. Los A suelen ser acontecimientos presentes y corrientes o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes o inconscientes) de experiencias pasadas (Ellis & Russell, 1990).

2.1.6.2.2 Creencias (B) sobre los acontecimientos activadores

Según la teoría TRE, las personas tienen innumerables Creencias (B) cogniciones, pensamientos, o ideas sobre sus acontecimientos

Activadores (A); y estas Creencias ejercen una fuerte influencia en sus Consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales. Aunque suele parecer que A es causa directa de C, esto casi nunca es verdad, porque B sirve como mediador entre A y C, y por lo tanto B es causa o crea de forma más directa la C (Dryden & Ellis, 1987).

2.1.6.2.3 Consecuencia (C) de los acontecimientos activadores (A) y de las creencias (B) sobre esos acontecimientos

La C (Consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales) se sigue de la interacción entre A y B. C está casi siempre influida y afectada pero no exactamente causada por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Y lo que es más, cuando A tiene mucho poder (unas condiciones de vida miserables, o un terremoto) tiende a afectar profundamente a C. Cuando C consiste en una alteración emocional (sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio, y autocompasión), la causante más directa suele ser B (aunque no siempre) (Dryden & Ellis, 1987).

2.1.6.3 La teoría del cambio Terapéutico

La TRE afirma que los individuos poseen una clara tendencia hacia la irracionalidad, pero de igual manera considera que poseen la capacidad para cambiarlo.

Según (Dryden & Ellis, 1987) para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico como general, se aconseja a las personas que:

1. Son los creadores de sus propias perturbaciones.
2. Poseen la capacidad para modificar dichas perturbaciones
3. Estas perturbaciones por lo general provienen de ideas irracionales
4. Refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
5. Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
6. Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

2.1.6.4 Salud psicológica según Terapia Racional Emotiva (TRE)

Sobre la salud psicológica plantea:

“Para la teoría TRE, el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es una filosofía del deseo. Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc., pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Sin embargo, una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas (tristeza, desilusión, dolor, fastidio) cuando no ve cumplidos sus deseos. Se considera que estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen los obstáculos para conseguir sus metas, y también les ayudan a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos” (Dryden & Ellis, 1987, págs. 28-29)

2.2 Posicionamiento teórico personal

Sobre discapacidad intelectual, se han realizado varias investigaciones en los últimos años, sin embargo considero que la atención se ha focalizado más hacia la niño/a que padece discapacidad intelectual dejando desatendidos los sentimientos que manifiestan los padres de dichos niños/as y evadiendo la realización de un proceso psicológicos que les brinde la ayuda necesaria para tener una aceptación de la realidad en cuanto a la discapacidad de sus hijos, tomando conciencia de las capacidades y límites que tienen, dejando de lado la frustración y sin conformarse con la adaptación, sino llegando a una verdadera aceptación que les permite impulsar a sus hijos hacia la autonomía.

La investigación se basó en los conceptos de aa Terapia Racional Emotiva desarrollado por Albert Ellis, la cual le permite al ser humano tomar conciencia sobre aquellos pensamientos irracionales que impiden el desarrollo de la autonomía y les brinda la oportunidad de cambiarlos. Al realizar un proceso de intervención en base al modelo de la TRE, los padres de los niños con discapacidad podrán liberarse de los sentimientos de depresión, ansiedad y frustración que han tenido desde el diagnóstico de discapacidad intelectual

Una vez asimilados los pensamientos es posible dar paso a los sentimientos, que como manifiesta la TRE son sentimientos inapropiados ya que perjudican al ser humano para finalmente lograr un cambio en las conductas de las personas que les lleven hacia una mejor calidad de vida.

2.3 Glosario de términos

Agnóstico: Personas que consideran cuestionable la existencia de un Dios como entidad suprema

Ansiedad: Sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria.

Antropología: Ciencia que trata de los aspectos biológicos y sociales del hombre

CIE: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, llevada a cabo por la OMS con fines epidemiológicos y de investigación. Consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10.

Cociente intelectual (C. I.): Número índice resultado de la división entre la edad medida por diferentes tests y la edad cronológica. Es una cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee un individuo en relación con otros sujetos de su misma edad. El CI tiende a permanecer relativamente estable a lo largo del tiempo.

Cognición: Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. / Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no

Depresión: Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos.

Desarrollo: (Psi. del dlo.) Aparición de formas, de función y de conducta que son el resultado de intercambios entre el organismo, de una parte, y el medio interno y externo de la otra.

Diagnóstico: Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos.

DSM: Abreviatura de Diagnostic and Statistical Manual (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana. Es una herramienta que provee a los clínicos e investigadores un marco de trabajo para hacer un diagnóstico de las condiciones mentales, médicas y psicosociales presentadas por individuos dentro de una variedad de ejes diagnósticos.

Encefalitis: Es una inflamación del cerebro. La causa más común es una infección viral, pero las bacterias también pueden ocasionarla. Puede ser leve o grave. La mayoría de los casos son leves. Si es así, se presentan síntomas parecidos a los de la gripe.

Estereotipo: Generalizaciones y simplificaciones exageradas sobre las personas o grupos de personas. / En el marco de la psicología social, conjunto fijo de atributos que el observador de un grupo determinado adjudica a todos sus integrantes

Estrés: Reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas del medio. / Respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante

Genética: Estudio de las características hereditarias de un organismo o persona, transmitidas biológicamente por sus padres.

Historia: Disciplina que estudia y narra cronológicamente los acontecimientos pasados. Narración de los acontecimientos pasados y dignos de memoria sean públicos o privados

Intoxicación por sustancias: Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Produce cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central

Meningitis: Es una infección de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal. La cubierta se llama meningitis

Síndrome de Down: Es la más común y fácil de reconocer de todas las condiciones asociadas con el retraso mental. Esta condición (antes conocida como mongolismo) es el resultado de una anomalía de los cromosomas; una desviación en el desarrollo de las células resulta en la producción de 47 cromosomas en lugar de los 46 que se consideran normales.

Síndrome de West: Es una epilepsia dependiente de la edad que asocia espasmos infantiles y un retraso o detención en el desarrollo psicomotor, aunque este último no es imprescindible.

Terapia racional emotiva (TRE) : Creada por Albert Ellis, su principal tesis es que las reacciones emocionales sostenidas son causadas por frases internas que las personas se repiten a sí mismas, y que algunas veces reflejan suposiciones tácitas –creencias irracionales- sobre lo que se necesita para llevar una vida significativa.

Test: Técnica de investigación, análisis y estudio que permite apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo

2.4. Interrogantes

- ¿Cuáles son las razones que impiden la aceptación de la realidad por parte de los padres de familia de hijos/as con discapacidad?

Para los padres de familia la aceptación de la realidad sobre la discapacidad de sus hijos se dificulta principalmente por razones como la ausencia de apoyo psicológico durante el proceso de asimilación del diagnóstico de discapacidad intelectual, también la falta de información, en la mayoría de los padres sobre la discapacidad y los sentimientos de culpa relacionados con las causas de la discapacidad.

- ¿Es posible generar circunstancias que favorezcan el proceso de aceptación de la realidad?

Mediante la intervención psicológica adecuada, dirigida y orientada a la aceptación de la realidad, es posible generar circunstancias en las cuales los padres de familia puedan desarrollar lazos afectivos más fuertes con sus hijos, lo que les permite estar más cerca de la aceptar totalmente la realidad, de igual manera al superar los sentimientos de culpa es posible obtener un ambiente de mayor aceptación frente a la discapacidad.

- ¿Cómo lograr completa aceptación de la realidad que facilite el vínculo entre padre e hijo/a con discapacidad intelectual?

Para lograr la aceptación deseada, es necesario que el proceso de orientación psicológica sea continuo, los padres de familia deben continuar con un proceso psicológico que les permita reforzar la terapia brindada mediante los pasos de la Terapia Racional Emotiva.

2.5. Matriz Categorial

CONCEPTO	CATEGORÍAS	DIMENSIÓN	INDICADOR
La Terapia Racional Emotiva (TRE) se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directo encaminado a la reestructuración cognitiva	Teoría de ABC Principios teóricos de la terapia	-Acontecimientos activadores - Creencias y pensamientos - Consecuencias emocionales y conductuales -Teoría del cambio terapéutico	Hoja para la identificación de ideas irracionales Formulario para el establecimiento de metas
Aceptación de la discapacidad: Padres de hijos con discapacidad intelectual afrontan el diario vivir adaptándose a la realidad, pero sin lograr aceptarla y acarrean sentimientos de culpa y frustración	-Discapacidad Intelectual	-Diagnóstico establecido	-Historia clínica -Encuesta -Entrevista

	-Paternidad discapacidad	y	- Manejo de sentimientos de culpa y frustración -Ansiedad reprimida -Sobreprotección compensatoria	
--	-----------------------------	---	---	--

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

3.1.1 Descriptivo

Porque se realizó la aplicación de métodos y técnicas que permitieron describir situaciones y eventos; es decir cómo se manifestaba el entorno familiar de los investigados. Se lo utilizó en el momento de las entrevistas, para detallar la información que brindaban los participantes y que fue necesaria para la elaboración de la propuesta de intervención.

3.1.2. De Campo

Se trabajó a partir de contacto directo con los objetos de investigación, lo que permitió obtener información directamente del entorno social. Se la realizó en propio centro de estudio, es decir el Instituto de

Educación Especial Ibarra, esto permitió el conocimiento más a fondo del investigador y el manejo de los datos con mayor precisión.

3.1.3. Bibliográfico

Se lo utilizó para la recolección de la información teórica presente en la investigación.

3.2. Métodos

3.2.1 El método Analítico - Sintético.

Para desglosar la información y descomponerla en sus partes, con esto se pudo lograr la comprensión y explicación amplia y clara del problema, determinando sus causas y las repercusiones, así como también para determinar conclusiones valederas y recomendaciones útiles.

3.2.2. El método Inductivo – Deductivo.

Se empleó para la elaboración del marco teórico y el análisis de resultados. Posibilitó descubrir, analizar y sistematizar los resultados obtenidos para hacer generalizaciones para el problema, se utilizó para la interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones enfocadas a la propuesta.

3.2.3. Método biográfico

La reconstrucción biográfica emerge esencialmente de una persona y de su testimonio, ya sea oral u escrito y, de su interacción con el que lo retoma, interpreta y rehace. Este método se utilizó en la participación directa con la población (padres de familia) quienes brindaron la información relacionada con sus sentimientos y pensamientos.

3.3 Técnicas e instrumentos

3.3.1 Técnicas

3.3.1.1 Encuesta

Se aplicó una encuesta de manera grupal a los padres de familia en el primer contacto con ellos, posterior a brindar información sobre el trabajo que se iba a realizar. La aplicación de una encuesta permitió conocer los puntos de vista de los sujetos de investigación sobre las “ideas irracionales” que plantea la Terapia Racional Emotiva (TRE) para facilitar el proceso de aceptación de la realidad en cuanto a la discapacidad de sus hijos.

3.3.1.2 Entrevista Psicológica

La Entrevista es una técnica para obtener datos que consiste en un dialogo entre dos personas: el entrevistador (investigador) y el entrevistado.

Ante la utilización del método biográfico de investigación es necesario realizar entrevistas psicológicas para la obtención de información referente a los sujetos de investigación.

Como una forma específica de interacción social, tiene por objeto recolectar datos para una indagación. Se formuló preguntas a las personas, estableciendo un diálogo peculiar, con la finalidad de recoger información específica sobre los investigados

3.3.1.3 Observación Clínica

Se utilizó a partir de la primera sesión individual con los padres de familia, con la finalidad de reunir información sobre signos que puedan arrojar mayor información a la investigación y faciliten el proceso terapéutico.

3.3.2 Instrumentos

3.3.2.1 Cuestionario

Al hablar sobre el cuestionario como instrumento de recolección de datos:

“Es un sistema de preguntas ordenadas con coherencia, con sentido lógico y psicológico, expresado con lenguaje sencillo y claro. Permite la recolección de datos a partir de las fuentes primarias. Está definido por los temas que aborda la encuesta. Logra coincidencia en calidad y cantidad de la información recabada. Tiene un modelo uniforme que favorece la contabilidad

y la comprobación. Es el instrumento que vincula el planteamiento del problema con las respuestas que se obtienen de la muestra. El tipo y características del cuestionario se determinan a partir de las necesidades de la investigación” (Córdova, 2002, pág. 7).

El cuestionario que se aplicó constará de diez preguntas elaboradas con la finalidad de obtener información en cuanto a los sentimientos y pensamientos de los participantes enfocado a descubrir frustraciones o sentimientos de culpa. Se agregó también 6 preguntas tomadas del test HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada) desarrollado por el Ministerio de Salud Pública para la atención hospitalaria, con la finalidad de determinar la existencia de síntomas de ansiedad o depresión.

3.3.2.2 Test de Vulnerabilidad al Estrés

“El test de vulnerabilidad al estrés desarrollado por L.H. Miller y A. D. Smith, valora el grado de vulnerabilidad al estrés e identifica los aspectos vinculados con el estilo de vida del individuo y con el apoyo social que pueden estar incidiendo en su vulnerabilidad. El test consta de 20 ítems, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con una escala de puntuación entre 1 (casi siempre) y 5 (nunca), según la frecuencia con que el sujeto realice cada una de las afirmaciones” (González, 2007, pág. 244).

Los ítems tocan aspectos como:

- a) Estilo de vida: ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 19 y 20
- b) Apoyo social: ítems 4, 11, 12, 13 y 16
- c) Exposición de sentimientos: ítems 10
- d) Bienestar físico: ítems 10

Se aplicó el test de vulnerabilidad al estrés desarrollado por L.H. Miller y A. D. Smith, para determinar el nivel de estrés en que se encontraban los investigados.

3.3.2.3 Historia clínica psicológica

Mediante la utilización de este instrumento fue posible reunir información de los padres de familia referente a la historia de la discapacidad de sus hijos, antecedentes de la discapacidad, relaciones intrafamiliares, así como sucesos destacados de su infancia o adolescencia que hayan podido tener un impacto profundo en sus vidas. .

3.3.2.4. Formulario para el establecimiento de metas

Es un instrumento desarrollado por Albert Ellis, que pueden ser de utilidad en el tratamiento de la ansiedad situacional, ya que ayudan al paciente en la diferenciación y evaluación del corto versus el largo plazo y, por consiguiente, al desarrollo de habilidades cognitivas para combatir la baja tolerancia a la frustración (Lega, Caballo, & Ellis, 2016).

Este instrumento se aplicó de manera individual a los participantes con la finalidad de lograr establecer metas reales a corto y largo plazo, tomando en cuenta su situación real.

3.3.2.5. Hoja para la identificación de ideas irracionales.

Es una técnica diseñada inicialmente por el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York. El propósito es recoger información sobre su forma de pensar en situaciones problemáticas, permitiéndole descubrir sus ideas irracionales (Lega, Caballo, & Ellis, 2016).

3.4 Población

Se procedió a trabajar con los padres de familia de los estudiantes legalmente matriculados en el Instituto de Educación Especial que tengan discapacidad intelectual, los cuales poseen sentimientos de frustración por causa de la no aceptación de la realidad sobre la discapacidad intelectual de sus hijos.

3.5 Muestra

Se realizó mediante método no probabilístico utilizando un proceso no intencional es decir estableciendo criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Padres de familia
- Nivel de escolaridad: Al menos primaria
- Hijos legalmente matriculados en el Instituto de Educación Especial
- Cuyos hijos tengan discapacidad intelectual

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Encuesta a padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra

1. ¿Cree usted que una persona con discapacidad intelectual puede mejorar su condición de vida?

Tabla N° 4

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	97
No	0	0
Tal vez	1	3
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016
Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 1



Análisis interpretativo:

Para la mayoría de los encuestados, en calidad de padres de niños y niñas con discapacidad intelectual manifiestan que sus hijos tienen oportunidades de mejorar su condición de vida; siendo este resultado casi el total de la población encuestada, demostrando este resultado las altas expectativas que tienen los padres depositadas en el futuro de sus hijos, y que desde una perspectiva les impide asumir totalmente el diagnóstico de la discapacidad para dar paso a la completa aceptación de esta realidad.

2. ¿Cuál diría usted que es la mayor preocupación de los padres de hijos con discapacidad intelectual a futuro?

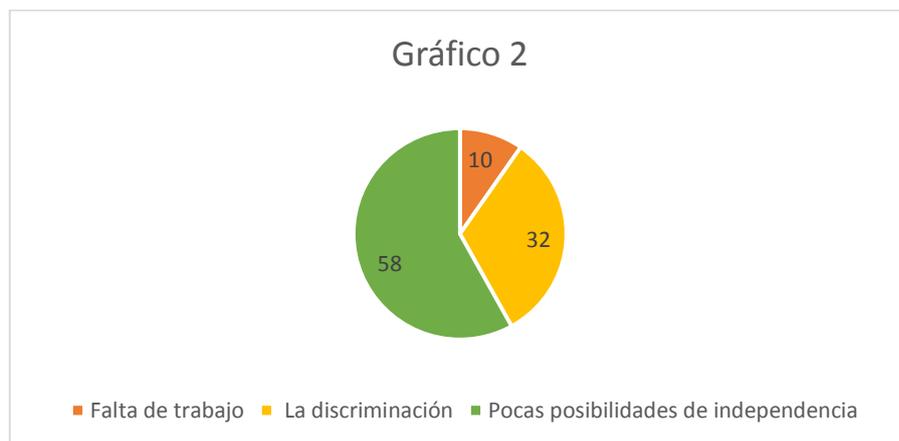
Tabla N° 5

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falta de trabajo	3	10
La discriminación	10	32
Pocas posibilidades de independencia	18	58
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 2



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

Las pocas posibilidades de independencia sobre los encuestados, brindan una pauta para determinar que los padres de familia comprenden la situación por la que atraviesan sus hijos, al ser incapaces de valerse por sí mismos de manera integral. Por otro lado, sobre la discriminación, los investigados respondieron que es una gran preocupación aun, a pesar de los múltiples esfuerzos de varios programas, organizaciones e incluso la creación de la Ley Orgánica de Discapacidades por generar integración, para los padres de familia aún es una preocupación que denota mucha importancia.

3. ¿Qué es más importante para que una persona con discapacidad salga adelante?

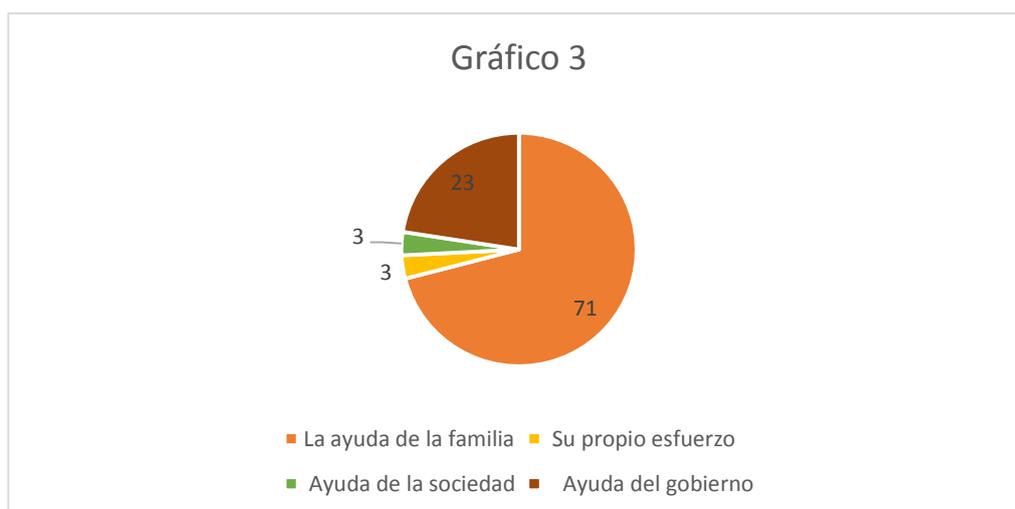
Tabla N° 6

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
La ayuda de la familia	22	71
Su propio esfuerzo	1	3
Ayuda de la sociedad	1	3
Ayuda del gobierno	7	23
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 3



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

La mayoría de la población investigada consideran la ayuda familiar como la principal opción de respaldo para sus hijos con discapacidad intelectual, generando de esta manera una mayor presión en ellos mismos. Mientras que para el resto de los padres de familia consideran menos importante la ayuda que no provenga de ellos en calidad de padres.

4. ¿Usted cree que las personas con discapacidad tienen más o menos oportunidades de ser felices?

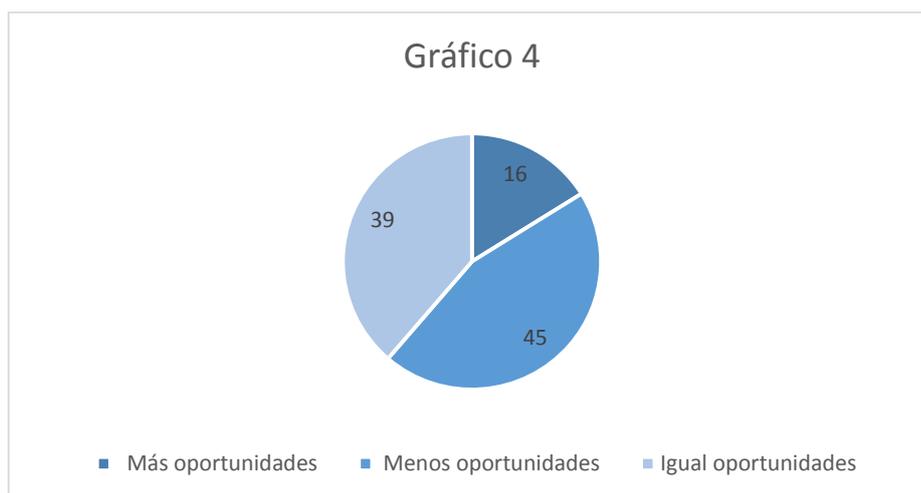
Tabla N° 7

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Más oportunidades	5	16
Menos oportunidades	14	45
Igual oportunidades	12	39
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 4



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

Para la mayoría de los encuestados la oportunidad de que sus hijos con discapacidad intelectual sean felices es menor, pese a que ya lo dijo Jean Giono (1895-1970) “No existe ninguna condición humana, por muy humilde o miserable que sea, que no se plantee a diario la búsqueda de la felicidad: para lograrla no es necesario más que uno mismo.” Comprendiendo el bajo nivel de aceptación que tienen los padres hacia la condición intelectual de sus hijos.

5. ¿Cuál es tiempo/momento en que usted se siente más feliz?

Tabla N° 8

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Cuando está en casa	27	87
Cuando está en el trabajo	4	13
Cuando pasa tiempo sola/a	0	0,00
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 5



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

Para los padres de familia el momento en el que sienten más felices es cuando se encuentran en casa, aportando de esta manera mucha valía a la relación que tienen con sus hijos, entendiendo al hogar como una unidad de vital importancia para el crecimiento y desarrollo de los lazos afectivos, ninguno considera la opción de pasar tiempo a solas, lo cual disminuye los sentimientos de tristeza y soledad que desfavorecen en gran medida a la familia.

6. Cuidar de un hijo con discapacidad:

Tabla N° 9

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Es más fácil con el tiempo	6	19
Siempre es difícil	1	3
Requiere mucho tiempo	7	23
Me ha enseñado mucho	17	55
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 6



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis Interpretativo:

La mayoría de los investigados tienen un punto de vista positivo sobre la crianza de un miembro con discapacidad intelectual, al sumar el que manifiesta haber aprendido mucho y el que asegura que los cuidados se vuelven más fáciles con el tiempo, indica que dentro del hogar se ha generado un proceso de resiliencia hacia la situación que viven diariamente; sin embargo, para el resto de los encuestados el cuidar de un hijo con discapacidad implica mucho tiempo, que a la vez es un indicador del cambio que ha tenido sus vidas desde la discapacidad.

7. ¿Usted siente culpa por la discapacidad de su hijo?

Tabla N° 10

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	3	10
Solo a veces	10	32
No tanto como antes	9	29
Nunca	9	29
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 7



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis Interpretativo:

La mayoría de los padres de familia manifiestan haber sentido culpa por la discapacidad de sus hijos en algún momento, sumados, quienes casi siempre, solo a veces y no tanto como antes, se consideran a sí mismos los responsables de la presencia de la discapacidad y mantienen aún esa idea en su pensamiento. Ya se ha dicho que “En el vínculo padres e hijos se movilizan sinnúmero de sentimientos ambivalentes y muy intensos, desde el primer momento en que se descubre la discapacidad: desconcierto, extrañamiento, inseguridad, desilusión, dolor, culpa, miedo, rechazo, rabia, etc.” (Núñez, 2003, págs. 136-137). Por lo que los resultados evidencian el trabajo que necesitan realizar los padres de familia sobre su condición emocional.

8. Cuando le preguntan sobre la discapacidad intelectual de su hijo usted:

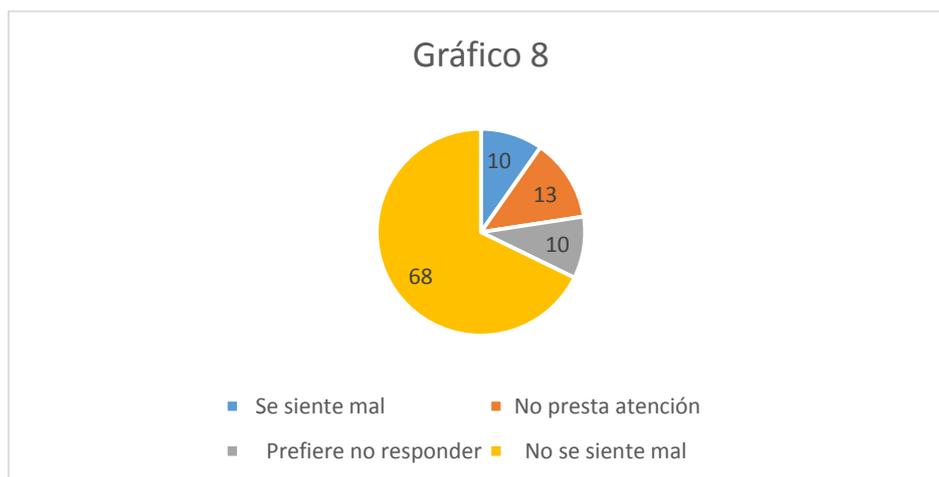
Tabla N° 11

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Se siente mal	3	10
No presta atención	4	13
Prefiere no responder	3	10
No se siente mal	21	68
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 8



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

Sobre la actitud que tienen los encuestados cuando les preguntan sobre sus hijos con discapacidad la mayoría manifiesta que no se sienten afectados, pero este resultado no es tan significativo, y por otro lado el resto de la población, tiene una respuesta negativa e indiferente, que determina la falta de manejo ante la problemática, de igual manera brinda un indicador para cuestionarse si han logrado aceptar la discapacidad, viviendo desde su realidad, pero sin sentirse fuera de lugar, rechazados o juzgados.

9. ¿Cree que la situación de su hijo mejorará con el tiempo?

Tabla N° 12

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	48
No	0	0
Quizá un poco	5	16
Últimamente ha mejorado	11	35
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 9



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

La mayoría de los encuestados tienen expectativas en cuanto al mejoramiento de sus hijos, pese que estos tienen un diagnóstico de discapacidad mental determinado; entendiendo que la información que los padres tienen en cuanto al avance que podrían llegar a tener sus hijos está muy sobreestimado. Otro indicador importante es la negativa sobre la posibilidad de mejoría, se comprende que los investigados no han asumido la idea de que sus hijos no podrán avanzar como los padres lo esperan. “La inteligencia de los niños con discapacidad intelectual presenta diferencias significativas en: el análisis, la generalización, la síntesis, la anticipación, la planificación, la identificación de problemas, la manera de resolverlos y el pensamiento abstracto”. (Valdespino & Lobera Gracida, 2010, pág. 16)

10. ¿Usted realmente acepta la discapacidad de su hijo?

Tabla N° 13

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	90
No	2	6
En ocasiones	1	3
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Gráfico N° 10



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón

Análisis interpretativo:

La mayoría de los encuestados manifiesta aceptar la discapacidad que tienen sus hijos, una de las razones que los lleva a ello es el tiempo que han tenido que enfrentarse a las condiciones de vida que conlleva la discapacidad intelectual, aceptando que esa es la situación que han tenido que afrontar y nada pueden hacer al respecto para cambiar la realidad.

11. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Tabla N° 14

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Igual que siempre	18	58
Algo menos	7	23
Mucho menos	5	16
Nada en absoluto	1	3
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 11



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

Al analizar porcentajes de depresión, sumando algo menos, mucho menos y nada en absoluto, los padres de familia manifiestan que su capacidad para reír es menor, demostrando sentimientos de tristeza, estos sentimientos al no ser tratados pueden llegar a generar mayor tristeza, sentimientos de minusvalía e incluso depresión. Determinando que “La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental, caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (pérdida de interés, de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos y conductuales” (García, Noguerras, & Muñoz, 2011, pág. 15)

12. Me siento tenso/a o nervioso/a:

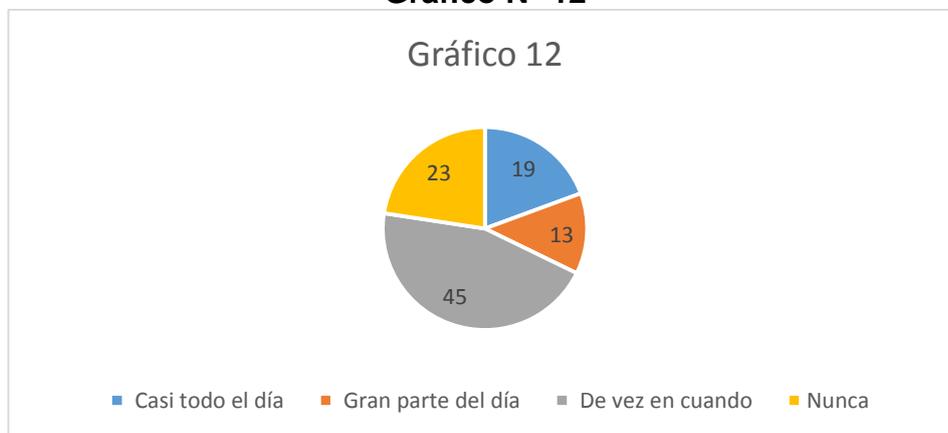
Tabla N° 15

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Casi todo el día	6	19
Gran parte del día	4	13
De vez en cuando	14	45
Nunca	7	23
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 12



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

Sobre niveles de ansiedad, los encuestados, manifiestan haberse sentido tensos o nerviosos, revelando un alto porcentaje que puede indicar ansiedad, y que necesitan ser atendidos con la finalidad de que no se intensifiquen. Los nervios son un proceso biológico normal, siempre y cuando estén presentes únicamente durante la presencia de estímulo, si estos se profundizan pueden transformarse en ansiedad. “En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico” (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003, pág. 15)

13. Me siento alegre:

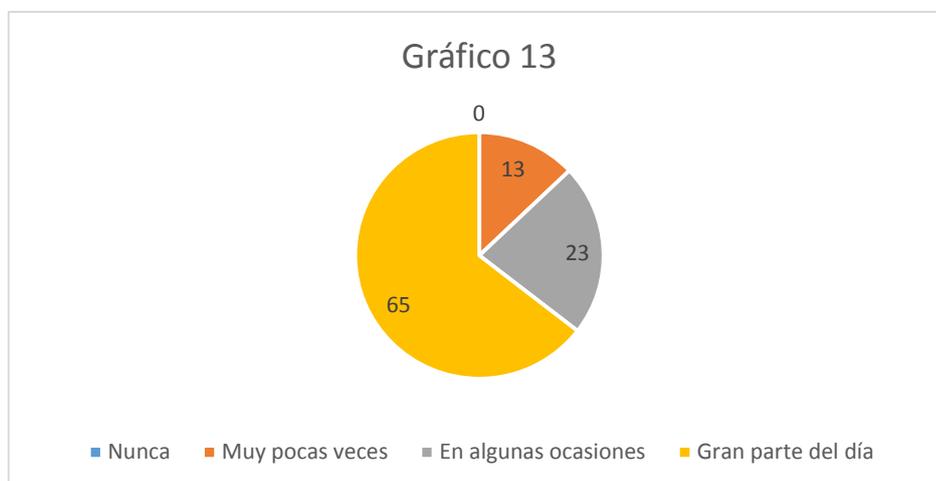
Tabla N° 16

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Muy pocas veces	4	13
En algunas ocasiones	7	23
Gran parte del día	20	65
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 13



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

Para la mayoría de los encuestados, la alegría se presenta en casi todo el día, dando en conocimiento que, a pesar de las dificultades y problemas, mantienen una actitud positiva. Aunque para el resto de los investigados la alegría no está constantemente presente y se dejan abatir por las condiciones en que se encuentran, reiterando la importancia de tomar parte sobre ello, con la finalidad de evitar complicaciones futuras.

14. Siento una especie de temor, como si algo malo fuese a suceder:

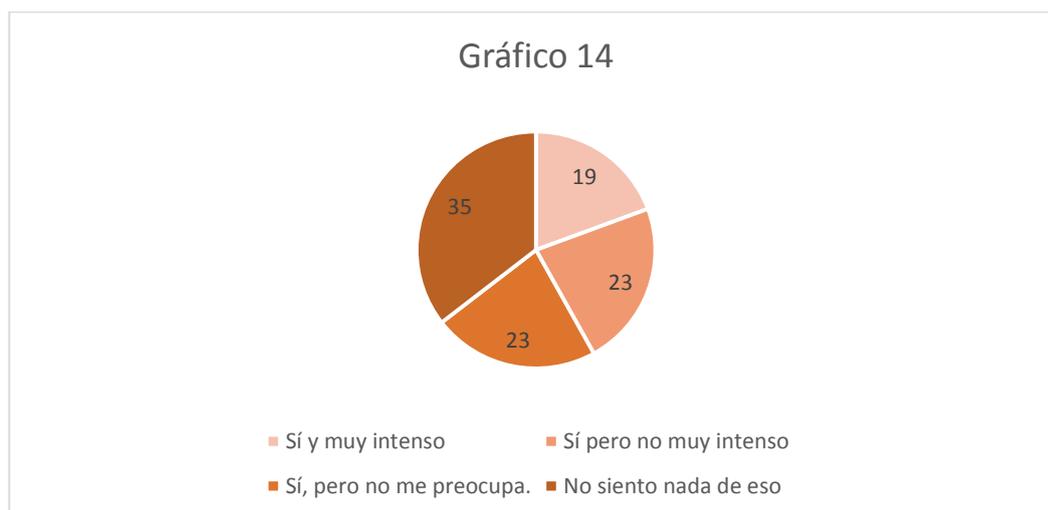
Tabla N° 17

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí y muy intenso	6	19
Sí pero no muy intenso	7	23
Sí, pero no me preocupa.	7	23
No siento nada de eso	11	35
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 14



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

La mayoría de los encuestados, siente o ha sentido temor, aunque en diferentes niveles de intensidad, este puede estar relacionado directamente con la discapacidad intelectual de sus hijos y posibles preocupaciones sobre el futuro de sus hijos, generando en ellos niveles de ansiedad, que con el paso de los días puede empeorar.

15. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Tabla N° 18

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Completamente	2	6
No me cuido como debería hacerlo	4	13
Es posible que no me cuide como debiera	7	23
Me cuido como siempre lo he hecho	18	58
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 15



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

La mayoría de los encuestados aseguran que, en cuanto a al cuidado de su aspecto personal, siguen cuidándose de la misma manera, dando a entender que el verse bien a ellos mismos es una parte importante y que los inconvenientes que tienen no ha afectado esta característica.

16. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Tabla N° 19

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Casi todo el día	7	23
Gran parte del día	8	26
De vez en cuando	14	45
Nunca	2	6
Total	31	100

Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 16



Fuente: Encuesta en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

La mayoría de los encuestados manifiesta tener preocupaciones, estas pueden afectar de manera variada en la relación con sus hijos, al tener varias preocupaciones, el nivel de atención y tiempo de calidad que se entrega a los hijos se ve notablemente reducido, puesto que pensar constantemente en situaciones preocupantes generan ansiedad, esta puede traducirse como mal humor, que se entrega a los hijos en lugar de comunicación y buen diálogo.

4.2. Historia Clínica

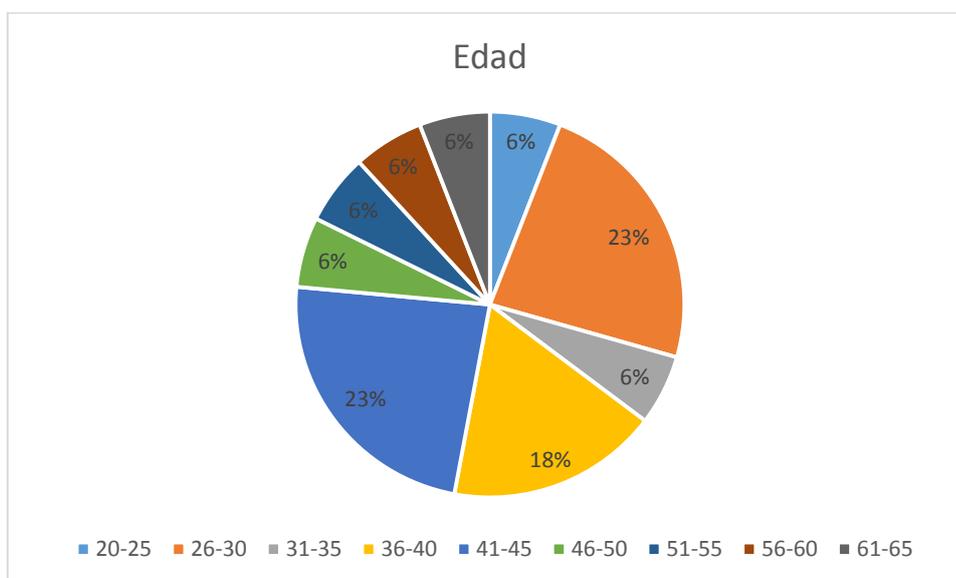
Tabla N° 20: Edad

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
20-25	1	6
26-30	4	24
31-35	1	6
36-40	3	18
41-45	4	24
46-50	1	6
51-55	1	6
56-60	1	6
61-65	1	6
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 17 Edad



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

La edad promedio de la mayoría de los participantes varía entre los 26-30 años y entre 41-45 años, aunque no se considera un indicador que influya en el problema que presentan los padres de familia, es necesario tenerlo en cuenta y relacionarlo con el grado de madurez o experiencia de los individuos.

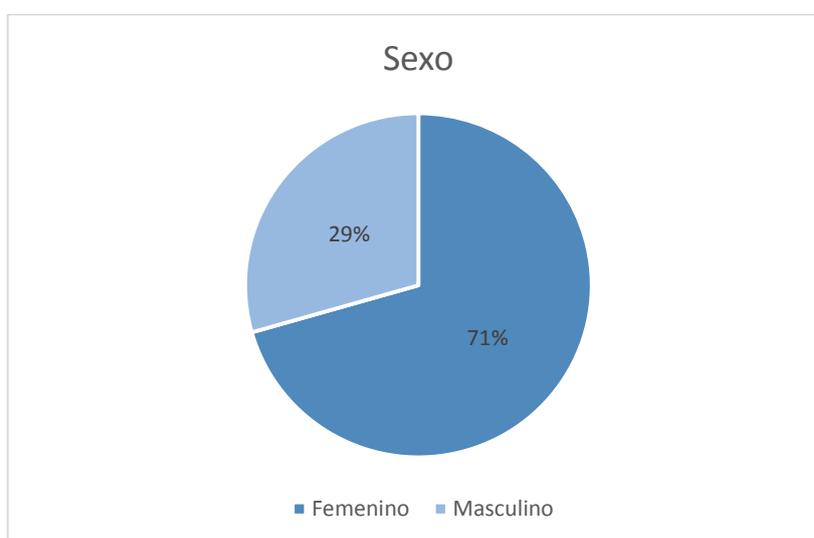
Tabla N° 21: Sexo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	71
Masculino	5	29
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 18 Sexo



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

Es posible identificar al género femenino como la mayoría de la población investigada, lo cual demuestra que por lo general son las madres quienes se encuentran más involucradas con la educación de los hijos, por lo cual al trabajar con ellas se espera que el lazo afectivo en la familia pueda mejorar por la influencia directa de las madres dentro de su hogar. Es importante destacar que, aunque menor, la participación del género masculino se hace evidente también y se lo relaciona con la importancia que ellos le dan al mejoramiento de sus hijos.

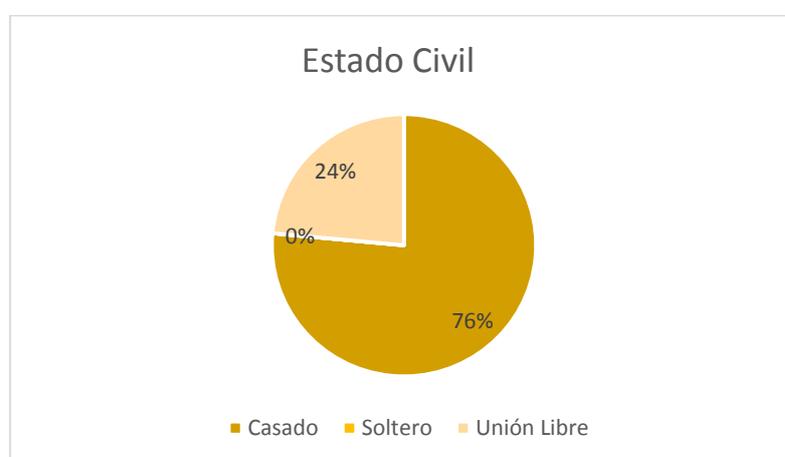
Tabla N° 22: Estado Civil

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Casado	13	76
Soltero	0	0
Unión Libre	4	24
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 19 Estado civil



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

La mayoría de los investigados tienen una relación de matrimonio con sus parejas, así como también, en menor porcentaje Unión Libre, pero ninguno de los participantes se encuentra soltero, lo cual ayuda al proceso de terapia para que los padres de familia puedan apoyarse en sus respectivas parejas como un mecanismo de red de apoyo, de igual manera facilita el trabajo sobre el vínculo familiar.

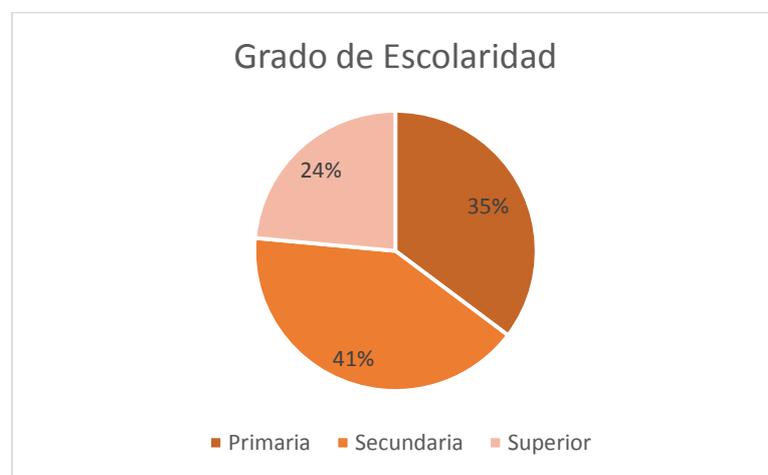
Tabla N° 23: Grado de escolaridad

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	35
Secundaria	7	41
Superior	4	24
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 20 Grado de escolaridad



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

La mayoría de la población posee un grado de escolaridad de nivel secundario, lo cual facilitó el manejo de la terapia, puesto que contribuyó a la comprensión del proceso a seguirse, así como también a la identificación de las ideas “irracionales”, así como las ideas enfocadas positivamente que tomarían ese lugar.

Tabla N° 24: Tratamiento Psicológico

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	17	100
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 21 Tratamiento Psicológico



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

La totalidad de la población afirma que no ha recibido atención psicológica para ellos, pese a que han invertido esfuerzos en atención para sus hijos, han minimizado la importancia de la atención psicológica para ellos, pues consideran que no es necesario y mientras enfocan toda su atención en la posibilidad de que la discapacidad intelectual de sus hijos pueda reducirse.

Tabla N° 25: Antecedentes de discapacidad

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	24
No	13	76
Total	17	100

Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 22 Antecedentes de discapacidad



Fuente: Historia clínica en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis Interpretativo:

En las familias de la mayoría de la población no hay antecedentes de discapacidad intelectual, lo que sugiere un impacto mayor al recibir la noticia de un hijo con discapacidad, puesto que, al no haber tenido la experiencia de manejar con discapacidad intelectual de manera directa, se dificulta aún más poder asumir esta realidad, de igual manera los conocimientos sobre los cuidados de un hijo con discapacidad son muy escasos.

4.3. Test de Vulnerabilidad al Estrés

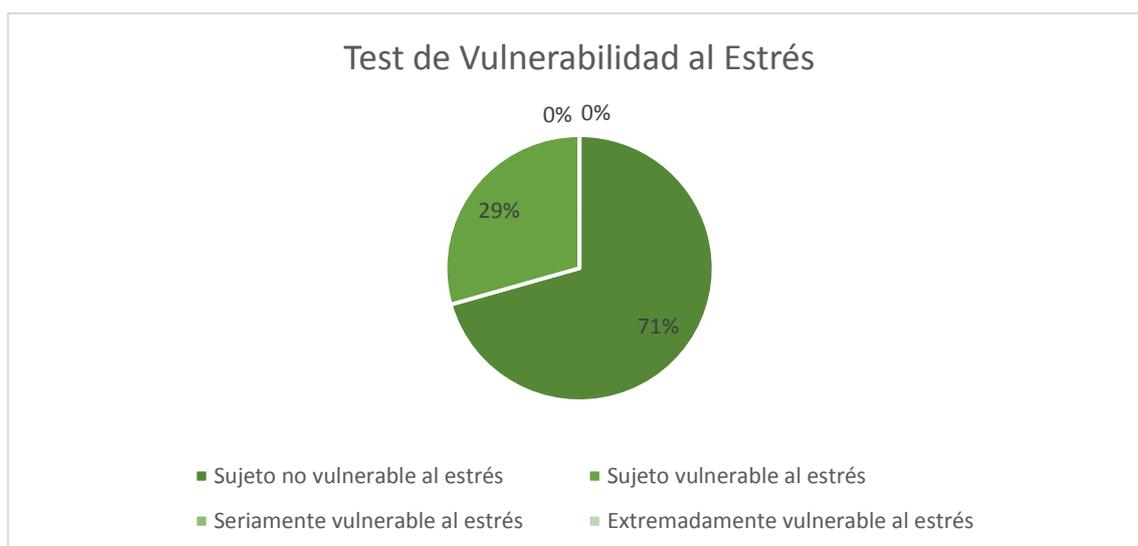
Tabla N° 26: Test de vulnerabilidad al estrés

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Calificación
Bajo 29	12	71	Sujeto no vulnerable al estrés
Entre 30 y 49	5	29	Sujeto vulnerable al estrés
Entre 50 y 75	0	0	Seriamente vulnerable al estrés
Sobre 75	0	0	Extremadamente vulnerable al estrés
TOTAL	17	100	

Fuente: Test de vulnerabilidad al estrés a padres de familia en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Gráfico N° 23 Test de vulnerabilidad al estrés



Fuente: Test de vulnerabilidad al estrés a padres de familia en IEEI- abril 2016

Elaboración: Samantha Cerón Jara

Análisis interpretativo:

La mayoría de los padres de familia no presentan vulnerabilidad al estrés, y para un porcentaje menor la vulnerabilidad al estrés no es significativa, lo que contribuye a los objetivos de la terapia y el mejoramiento de la relación entre los padres de familia y sus hijos con discapacidad intelectual

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El trabajo que se realizó fue de manera permanente, a pesar de ello hubo poca colaboración por parte de los padres de familia para la asistencia regular a las sesiones individuales por diversas razones relacionadas con el tiempo, la distancia y los recursos económicos, así como también la creencia basada en que un proceso psicológico no es necesario.
- Los instrumentos utilizados para las intervenciones psicológicas fueron diseñadas en base a Terapia Racional Emotiva de Ellis, los cuales contribuyeron de manera positiva a la aceptación y adaptación de la realidad, generando optimismo frente a la condición de vida que tienen, se trabajaron pensamientos disfuncionales con respecto a sentimientos de frustración y culpa que poseen por causa de la discapacidad de sus hijos, buscando generar interpretaciones más realistas sobre las condiciones familiares.

- Los padres de familia de hijos con discapacidad intelectual enfrentan día a día nuevos aprendizajes sobre el cuidado de sus hijos, no distinguen de manera clara las limitaciones y capacidades que tienen sus hijos, lo que en ocasiones les lleva a generar sobreprotección hacia sus hijos.
- Los padres de familia, a pesar de los años que lleven viviendo con sus hijos con discapacidad intelectual, desean que sus hijos logren mejoras ajenas a la realidad, puesto que a pesar de tener un diagnóstico definitivo esperan que con estimulación puedan alcanzar un nivel de lenguaje, motricidad, o coeficiente intelectual por encima de lo que determina la discapacidad intelectual.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda motivar a los padres de familia, sobre la importancia de la atención psicológica y el impacto que tiene en el mejoramiento de la calidad de vida.
- Así mismo se recomienda a los padres de familia que continúen recibiendo terapia, para afianzar sus pensamientos positivos y logren generar una mejor convivencia con sus hijos y demás familiares. También se recomienda hacer un seguimiento a los padres de familia para garantizar el progreso y avance psicológico.
- Se recomienda la participación de los padres de familia en los talleres informativos que realiza la institución con la finalidad de

brindar a los padres de familia un panorama más claro sobre la discapacidad intelectual.

- Informar a los padres de familia de manera clara que, aunque puede existir un avance en el desarrollo de sus hijos este podría ser poco relevante, así mismo tratar de enfocar a los padres de familia sobre el asistir de sus hijos a sus necesidades básicas como un logro.

CAPITULO VI

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1 Título de la propuesta

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE FAMILIA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL-IBARRA.

6.2. Justificación e importancia

La presente propuesta de intervención se justifica en la medida en que tendrá beneficiarios directos e indirectos, los mismos que a continuación se detalla y se explica:

Los beneficiarios directos son los padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra, de quienes se espera se vean favorecidos con la terapia, al poder reorganizar sus pensamientos que le causan perturbación y mediante ello generar mejores vínculos familiares.

Beneficiarios indirectos: Hijos con discapacidad intelectual, hijos sin discapacidad intelectual y cónyuges de beneficiarios directos.

6.4. Fundamentación

La Terapia Racional Emotiva (TRE) tiene una forma preestablecida de ver al ser humano, considerándolo como un ente científico capaz de utilizar la lógica y las pruebas empíricas y formular una filosofía propia. La tendencia a formular dicha filosofía constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo, por lo que la TRE plantea conseguir un cambio filosófico profundo en el paciente que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras. Por lo que intenta ayudar a comprender y aceptar varias ideas como:

- Al tener una medida propia de “libre albedrío”, puede elegir ocasionarse malestar o no a sí mismo.
- Con el fin de cambiar es mejor que trabaje de forma activa para modificar sus pensamientos, sentimientos y conductas.
- Si decide modificar profundamente una filosofía importante, puede ayudar a cambiar muchas de sus reacciones emocionales y conductuales (Lega, Caballo, & Ellis, 2016)

6.5 Objetivos

6.5.1 Objetivo General:

Desarrollar procesos terapéuticos fundamentados en la Terapia Racional Emotiva desarrollada por Albert Ellis, a padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra de hijos con discapacidad intelectual

6.5.2. Objetivos específicos:

- Generar mayor aceptación de la realidad en padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra mediante sesiones psicológicas individuales basados en los conceptos de la Terapia Racional Emotiva.

-Informar a los padres de familia sobre estrategias de comunicación intrafamiliar que les permita desarrollar una mejor relación con los miembros de su familia.

6.6. Ubicación sectorial y física

La propuesta a desarrollarse tiene una macro localización en la provincia de Imbabura y de manera específica en la ciudad de Ibarra.



Desde el punto de vista de microlocalización de la propuesta, esta se desarrolla en la parroquia urbana El Sagrario, en el Instituto de Educación Especial-Ibarra, el mismo que se encuentra ubicado en la calle obispo Jesús Yerovi, e intersección 13 de abril.

El Instituto de Educación Especial- Ibarra, de carácter fiscal, es una institución especializada en educación especial para niños, niñas y adolescentes con diagnósticos de discapacidad intelectual

6.7 Desarrollo de la propuesta

6.7.1 Terapia Racional Emotiva- tomado de Albert Ellis

El tema central de la Terapia Racional Emotiva (TRE) es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional; que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional, y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental y de su perturbación si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional. La tarea del psicoterapeuta es trabajar con individuos que se sienten infelices o preocupados sin necesidad, o que están agobiados por una intensa ansiedad u hostilidad, y enseñarles (a)

que sus dificultades en gran parte son el resultado de una percepción distorsionada y de un pensamiento ilógico y (b) que existe un método, relativamente sencillo para reordenar sus percepciones y reorganizar su pensamiento de tal forma que haga desaparecer la causa básica de sus dificultades (Ellis, 2006, pág. 38)

- A. Nombre de la terapia: Terapia Individual fundamentada en los procedimientos de la Terapia Racional Emotiva
- B. Objetivo: Generar cambios en el posible pensamiento ilógico de los padres de familia, que les genera sentimientos de frustración debido a la discapacidad intelectual de sus hijos, mediante terapias individuales dirigidas fon fundamentos en la Terapia Racional Emotiva (TRE)
- C. Contenidos

Basado en la aplicación del ABC, es decir, la identificación de los acontecimientos activadores, B son las Creencias sobre los acontecimientos activadores y C son las Consecuencias de los acontecimientos

- D. Actividades

Primer encuentro con padres de familia:

- Introducción y presentación
- Objetivos de la investigación
- Breve explicación sobre la terapia
- Aplicación de encuesta

Sesiones individuales:

Primera sesión:

- Observación
- Entrevista

Segunda sesión:

- Realizar una historia clínica; en la cual se recabe los datos más importantes del paciente, para tener una perspectiva acerca de su vida.
- Presentación.
- Establecimiento de empatía.
- Explicación acerca del objetivo que se pretende alcanzar con la terapia.

Tercera sesión:

- Aplicación de la hoja para la identificación de ideas irracionales

Cuarta sesión:

- Identificación de ideas irracionales sobre la discapacidad
- Relajación

Quinta sesión:

- Superposición de ideas irracionales, por pensamientos racionales con enfoque sugestivo

Sexta sesión:

- Aplicación del Formulario para el establecimiento de metas
- Relajación

Séptima sesión:

- Aplicación de reactivo psicológico (Test de Vulnerabilidad al estrés)

Octava sesión:

- Puntualizar la retroalimentación sobre el proceso terapéutico

E. Recursos

Tabla N° 27: Recursos Terapia

Recursos	Detalle	Costo
Humanos	Padres de familia	0
	SUBTOTAL	
Materiales	- Cuadernillos de test	\$2.40
	- Lápices	\$12
	-Borradores	\$9
	-Hojas en blanco	\$1.20
		\$2.40

	-Impresión de cuestionarios	\$2.00
	-Hojas de registro	\$40
	-Libros	
	SUBTOTAL	\$69
Movilización y viáticos	- Viáticos durante tres meses	\$250
	SUBTOTAL	\$250
	TOTAL PARCIAL	271.15
	+ 15% de imprevistos	\$47.85
	TOTAL	\$319

6.7.2. Taller Grupal

Se lo realizó con la finalidad de informar a los padres de familias estrategias positivas de comunicación que les permitan afianzar la relación afectiva con sus hijos, así como también para otorgarles técnicas para el manejo de sus emociones.

- A. Nombre del taller: Manejo de Comunicación Intrafamiliar
- B. Objetivo: Realizar un taller de comunicación intrafamiliar dirigido a los padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra, mediante el cual puedan conocer y aprender formar asertivas de comunicación hacia sus hijos y puedan fortalecer vínculos familiares con ellos.
- C. Contenidos:

- Diálogo positivo: Enfocado en el manejo de comunicación entre padres e hijos, de manera oportuna, con amor y respeto.

-Reglas y límites: Importancia de poner límites, hasta donde puedo cuidar a mi hijo con discapacidad intelectual sin sobreprotegerlo.

-Manejo de emociones: Aceptar su posición como padres de familia, no como terapeutas, conocer sus capacidades y admitir sus limitaciones

D. Actividades

- Pedir autorización para taller a las autoridades respectivas
- Informar a los padres de familia sobre el taller
- Preparación del Taller
- Ejecución del taller:
 - Breve introducción sobre importancia de la comunicación
 - Abordaje de temas
 - Espacio para preguntas
 - Finalización y agradecimiento
 - Refrigerio

E. Recursos Taller

Tabla N° 28: Recursos Taller

Recursos	Detalle	Costo
Humanos	Padres de familia	0
	Autoridades	0
	SUBTOTAL	
Materiales	-Impresión de volantes	\$3.00

	-Hojas de registro	\$2.00
	-Impresión de trípticos	\$ 20
	SUBTOTAL	\$25.00
Movilización y viáticos	- Refrigerio a participantes	\$90
	SUBTOTAL	\$90.00
	TOTAL PARCIAL	\$97.75
	+ 15% de imprevistos	\$17.25
	TOTAL	\$115

F. Evaluación

Se espera que el resultado del taller sea evaluado por las autoridades y por los padres de familia del Instituto de Educación Especial-Ibarra

6.8 Impactos

La aplicación de la propuesta que se ha planteado en los ítems anteriores, generará una serie de huellas o impactos positivos en diferentes ámbitos, mismas que se describen a continuación:

6.8.1 Impacto Social

En el ámbito social el impacto puede considerarse positivo puesto que al intervenir con los padres de familia de una manera directa e indirecta

mejora la comunidad o sociedad, ya que al sentirse mejor emocionalmente se verá reflejado en la relación de las personas con la sociedad.

6.8.2 Impacto familiar

Dentro de la familia, al generar aceptación de la realidad se logra un impacto positivo entre los miembros de la familia, debido a que la liberación de pensamientos de culpa y frustración les permitirá a los padres enfocarse en desarrollar buenas relaciones afectivas con sus hijos.

6.8.3 Impacto educativo

Desde el punto de vista educativo, la propuesta planteada genera un impacto en la medida en que: será una fuente de consulta para estudiante. Además, los datos obtenidos en el diagnóstico y test, pueden servir desde el ámbito académico para la redacción de artículos científicos.

6.8.4. Impacto psicológico

Uno de los impactos más relevantes que se genere con la propuesta, es el psicológico, puesto que el cambio de pensamiento ilógico de los padres de familia sobre la discapacidad de sus hijos creará:

- Sensación de bienestar consigo mismo
- Mejor relación con los hijos
- Mejor relación sentimental con su pareja
- Percepción positiva de la realidad

6.9. Difusión

La propuesta diseñada previa a su aplicación en intervención, es necesario socializarla al grupo participante, es decir a los padres de familia, por lo tanto, a continuación, se procede a puntualizar el proceso de difusión a seguirse:

- a) Reunión con la directora de la institución
- b) Presentación del plan de intervención
- c) Reunión con padres de familia para explicar la propuesta
- d) Explicación de los beneficios a padres de familia
- e) Determinación del cronograma de trabajo
- f) Socialización de los resultados a padres de familia y autoridades de la institución.
- g) Presentación de un informe final.

6.10 Bibliografía

- CONADIS. (2013). *Estadísticas de Discapacidad Intelectual*. Quito.
- Córdova, F. G. (2002). *Recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionario*. México: Limusa SA de CV.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. New York: Springer Publishing Company.
- Durán, M. (2011). *Familia y Discapacidad: Vivencias de madres y padres que tienen un/a hijo/a ciego/a o sordo/a*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Russell, G. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva Volumen 2*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Ferreira, M. (2008). La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social. *Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*.
- García, B., Noguera, V., & Muñoz, F. (2011). *Tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. España: Servicio Andalúz de Salud.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias médicas.
- Guevara Benítez, Y., & González Soto, E. (2012). Las Familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 2.
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, México.

- Gutiérrez, V. (2014). *El papel de la familia en el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual y su relación con el trabajo social*. España: Univesidad de la Laguna .
- Hernández, G. (2014). *Reacciones de los padres de familia ante el diagnóstico de discapacidad de su hijo/a, en Fundal Guatemala*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Küpper, L. (2005). *Cómo Criar un Niño con Necesidades Especiales*. Centro Nacional de Diseminación de Información para niños con discapacidades.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2016). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI de España, S.A.
- Marques, A. M. (2011). *Análisis e incidencia de los factores de resiliencia en padres y madres con hijos, que bajo el constructo de la diversidad, son etiquetados como discapacitados: una propuesta de intervención en el ámbito sociofamiliar*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Mileny, S. (2013). *Resiliencia en padres de niños con capacidades diferentes*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Miranda, J. (2009). *Coeficiente Intelectual*. México: Universidad del Valle de México.
- Montes Aguilar, M. E., & Hernandez Sánchez, E. (2011). Las familias de personas con discapacidad inteectual ante el reto de la autonomía y la independenciam. *XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación*, (pág. 15). Barcelona.
- Muñoz, V. (2012). *Relación de las familias con hijos discapacitados intelectuales en el proceso educativo y de inclusión social con la escuela diferencial Belén de Maipú*. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

- Nacional, A. (2012). *Ley Orgánica de discapacidad*. Quito.
- Navas, P., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad Intelectual. *Intervención Psicosocial*.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 136-137.
- OMS. (2013). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. España.
- R. N., P. R., & L. S. (2004). *Salud Mental y Alteraciones de la Conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía Práctica para Técnicos y Cuidadores*. Madrid: FEAPS.
- Ramón, N. d. (2013). *Pensamientos, sentimientos y actitudes de las familias con un miembro con Síndrome de Down*. Centro de Educación Especial, Fundación Cariño, Pasaje, 2012. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Mal-estar E Subjetivade*.
- Valdespino, L., & Lobera Gracida, J. (2010). Discapacidad intelectual, Guía didáctica. *Consejo Nacional de Fomento Educativo*, 16.
- Verdugo, M. Á. (2000). *Familias y Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.
- Zavala, P. (2011). *La influencia de la dimensión psicoemocional de la familia en el desarrollo educativo de niñas y niños con necesidades educativas especiales*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.

ANEXOS

Anexo 1: Solicitud para realizar trabajo de grado en IEEI



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA
DECANATO

Oficio 103-D
09 de mayo de 2016

Señora
Yolanda Cadena
DIRECTORA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL IBARRA

Señora Directora:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle de la manera más comedida, se brinde las facilidades necesarias a la señorita SAMANTHA LUCÍA CERÓN JARA, estudiante de décimo semestre de la carrera de Psicología General, para obtener información y realizar todas las actividades referentes al trabajo de grado: "TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL IBARRA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2016".

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Raimundo López
DECANO DE LA FECYT

Anexo 2: Certificación del Instituto de Educación Especial- Ibarra



INSTITUTO DE EDUCACION ESPECIAL DE IBARRA

**DIRECCIÓN: CALLE IBARRA 3-65 HUERTOS FAMILIARES DE AZAYA
CASILLA NRO. 148 TELEFONO (06) 2546-978 FAX (06) 2547-242**

En mi calidad de Rectora del Instituto de Educación Especial de Ibarra, tengo a bien:

CERTIFICAR

QUE: La señorita CERON JARA SAMANTHA LUCIA con C.I 0481628649, realizo el trabajo de grado en esta institución con el tema: "TERAPIA RACIONAL EMOTIVA COMO ESTRATEGIA DE ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD A PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL INSTITUTO DE EDUCACION ESPECIAL DE IBARRA", desde el 20 de abril hasta el 13 de julio del 2016

Faculto al interesado hacer uso de este certificado en los fines que estime conveniente.

Ibarra, 26 de julio del 2016


Lic. Yolanda Cadena.
RECTORA

Anexo 4: Formulario para el establecimiento de metas en la TRE

FORMULARIO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE METAS

El siguiente formulario tiene como propósito ayudarle a establecer metas reales a corto y a largo plazo con la utilización de imágenes guiadas. Siga paso a paso las instrucciones, que pueden ser dadas por su terapeuta o leídas directamente por usted y complete las secciones correspondientes a cada paso.

Sección I: Cierre sus ojos e imagine su vida en el futuro, dentro de 5 años, en una situación ideal, donde todo lo que sucede es positivo. Trate de visualizar el mayor número de detalles posibles, como vida familiar, situación económica y de trabajo, etcétera.

(Deje pasar dos o tres minutos)

Ahora abra los ojos y describa dicha situación por escrito en este espacio

Sección II: Vuelva a cerrar los ojos y a colocarse nuevamente 5 años en el futuro. Imagine su vida, pero esta vez bajo las peores condiciones posibles de familia, trabajo, etc. Recuerde, es muy importante hacerlo con el mayor lujo de detalles.

(Deje pasar otros dos o tres minutos)

Ahora abra nuevamente los ojos y describa esta segunda situación por escrito en el siguiente espacio.

Sección III: Por último, cierre los ojos y trate de imaginar nuevamente su futuro, Pero esta vez dentro de un año y bajo una perspectiva REAL.

(Espere dos o tres minutos)

Abra los ojos y describa esta última situación por escrito en el siguiente espacio

Una vez finalizada esta parte, pase a la siguiente sección.

Selección de metas específicas: Examine sus respuestas a las secciones anteriores: ¿Ve algunos elementos en común? ¿Cuáles son? ¿Cómo se relacionan los aspectos ideales positivos y negativos en las secciones I y II, con su probable situación dentro de un año, descrita en la sección III?

Sección IV: Basados en el análisis anterior, escriba a continuación una meta PROBABLE que quisiera lograr en el próximo año, descrita en términos MUY ESPECÍFICOS. Por ejemplo, “conseguir un empleo que aumente mi ingreso anual en, por lo menos, una tercera parte” en lugar de “mejorar mi situación de trabajo” o “ser más feliz”

META A LOGRAR EN ESTE PRÓXIMO AÑO:

¿Cómo quiero llegar a actuar?

¿Cómo quiero llegar a sentir?

¿Cómo quiero llegar a pensar?

Sección V: ETAPAS INTERMEDIAS. En términos reales ¿qué debo de haber logrado en puntos intermedios de tres y seis meses?

Por ejemplo, ¿puedo lograr este aumento en mi lugar de trabajo? ¿Debo buscar empleo en otros lugares? Si este es el caso, ¿Cuántas agencias de empleo debo contratar? ¿Necesito revisar mi currículum vitae? ¿Necesito más entrenamiento? Si es así, ¿Cuánto tiempo precisaría? ¿Dónde puedo hacerlo?

META A SEIS MESES

META A TRES MESES

Fuente: Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual
Autor: Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis

Anexo 5: Hoja para la identificación de ideas irracionales

HOJA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

El propósito de este Diario es recoger información sobre su forma de pensar, en situaciones problemáticas, permitiéndole descubrir sus ideas irracionales (iB) específicas más frecuentes, ya que éstas tienden a presentarse en más de una ocasión y bajo circunstancias/acontecimientos activadores (A) diferentes. Después de algunos días, es probable que comiencen a surgir ciertos patrones en los que un número dado de sucesos activantes (A) evoquen una idea irracional (iB) en particular, o en los que un acontecimiento (A) específico evoque más de una idea irracional (iB). Esta información le permitirá saber cuándo y dónde estar alerta para utilizar sus habilidades de Debate.

Semana _____

COLUMNA 1: EXPECTATIVA/IDEA IRRACIONAL (iB) (P. ej., Debo ser tratado/a de forma justa)	COLUMNA 2: ACONTECIMIENTO/SITUACIÓN QUE LA PROVOCA (A) (P. ej., Discusión con mi pareja)
---	--

Primer día

_____	_____
_____	_____

Segundo día

_____	_____
_____	_____

Tercer día

_____	_____
_____	_____

Cuarto día

_____	_____
_____	_____

Quinto día

_____	_____
_____	_____

Sexto día

_____	_____
_____	_____

Séptimo día

ANÁLISIS SEMANAL

¿Qué idea irracional se manifestó en varias situaciones durante esta semana? (La misma iB en la columna 1 bajo distintas A en la columna 2)
Durante el mismo evento, ¿qué ideas irracionales surgieron? (Distintas iB en la columna 1 bajo la misma A en la columna 2)

Fuente: Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual

Autor: Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis

Anexo 6: Test de Vulnerabilidad al Estrés

Test de Vulnerabilidad al Estrés.

L. H. Miller y A. D. Smith

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Escolaridad _____ Ocupación _____ Estado Civil _____

Instrucciones: Califique cada inciso con puntuaciones como siempre/1, casi siempre/2, frecuentemente/3, casi nunca/4, nunca/5, según la frecuencia con que U. realice cada una de estas afirmaciones:

- _____ 1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día.
- _____ 2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas.
- _____ 3. Doy y recibo afecto regularmente.
- _____ 4. En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar.
- _____ 5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicio hasta sudar
- _____ 6. Fumo menos de media cajetilla de cigarrillos al día.
- _____ 7. Tomo menos de 5 tragos (de bebida alcohólica) a la semana
- _____ 8. Tengo el peso apropiado para mi estatura.
- _____ 9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.
- _____ 10. Mis creencias me hacen fuerte.
- _____ 11. Asisto regularmente a actividades sociales o del club.
- _____ 12. Tengo una red de amigos y conocidos.
- _____ 13. Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales.
- _____ 14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc. están en buenas condiciones)
- _____ 15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado.
- _____ 16. Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo.
- _____ 17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.
- _____ 18. Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo.
- _____ 19. Tomo menos de tres tazas de café (o de té o refresco de cola) al día.
- _____ 20. Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad.
- _____ Total

Fuente: Instrumentos de evaluación Psicológica

Autor: L. H. Miller y A. D. Smith

Recuperado de (González, 2007).

Anexo 8: Fotografías Primer encuentro con padres de familia de IEEI



Anexo 9: Fotografías Taller Comunicación Intrafamiliar



Anexo 10: Invitación para el taller de comunicación intrafamiliar

MANEJO DE COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR

**HA
BLA
ME**

**diá
lo
go** *Positivo*



REGLAS: *límites*



manejo de **emociones**



(IEEI)
Lugar: Instituto de Educación Especial Ibarra

Miércoles 29 de Junio 08:00 am - 09:30 am