



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

CARRERA PSICOLOGÍA GENERAL

TEMA:

“TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga

AUTORA:

Johanna Elizabeth Guamán Navarrete

DIRECTORA:

Msc. Olga Echeverría

Ibarra, 2016

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En calidad de director de trabajo de grado, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología.

CERTIFICO:

Que, el presente informe final del trabajo de grado previo a la obtención del título de Psicóloga realizado por la Srta. Johanna Elizabeth Guamán Navarrete, con el tema:

“TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DESDE MARZO A JULIO 2016”

Ha sido analizado y revisado, cumpliendo con las exigencias estipuladas por las autoridades de la facultad.

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación.



MSc. Olga Echeverría
DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO

DEDICATORIA

El esfuerzo y dedicación de mi trabajo de grado están dedicados a:

Dios: *Por ser quién me brinda paz y tranquilidad en momentos de debilidad y sobre todo por ser quien guía mi camino día a día cuidando de las personas que más amo en la vida.*

Mi madre Carmen Navarrete: *Quién con su gran ejemplo es un modelo digno de seguir demostrando siempre generosidad, amor, perseverancia, superación, lucha y fuerza de voluntad, enseñándome que la vida es de valientes, y pese a las adversidades siempre se debe encontrar algo positivo de ello, también porque con su amor y apoyo incondicional a sido siempre mi fuente de aliento y energía.*

Mi padre Carlos Guamán: *Quién con su carácter y esfuerzo me ha enseñado a valorar el sacrificio del trabajo, enseñándome que uno debe luchar por lo que sueña y quiere en la vida.*

A mi hermanos: *Jenny, Ximena y Sebastián por siempre creer en mí, darme aliento y su amor incondicional para continuar.*

A mi sobrinos: *Melany y Jardel quienes son mi motivación e inspiración, brindándome la dicha de tenerles siempre para disfrutar amor e inocencia.*

Johanna Elizabeth Guamán N.

AGRADECIMIENTO

A mi Familia: *Quién ha sido mi apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, enseñándome que todo éxito conlleva consigo esfuerzo, dedicación y entrega.*

A la Msc. Olga Echeverría: *Quién me apoyó en este trabajo como tutora de tesis, dedicando su tiempo y paciencia a la revisión de la misma.*

A las Autoridades del “Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública”: *Quienes abrieron sus puertas permitiéndome el desarrollo de todo el proceso de este trabajo de grado, mostrando una buena aceptación y colaboración.*

Al Grupo de “Padres de familia”: *quienes aportaron con su tiempo y dedicación en el desarrollo de los talleres.*

A mis Docentes: *por los conocimientos impartidos a lo largo de mi formación profesional.*

A mis amigos: *Por el apoyo y aliento de continuar.*

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ABSTRACT.....	xv
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1 MARCO CONTEXTUAL.....	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Antecedentes del problema	3
1.3 Justificación	5
1.4 Delimitación espacial y temporal del problema.....	6
1.4.1 Unidades de observación	6
1.4.2 Delimitación espacial.....	7
1.4.3 Delimitación temporal	7
1.5 Objetivos.....	7
1.5.1 General.....	7
1.5.2 Específicos	7
1.5.3 Interrogantes	7
CAPÍTULO II.....	9

2	MARCO TEÓRICO	9
2.1	Fundamentación Psicológica	9
2.2	Fundamentación Sociológica	10
2.3	Fundamentación pedagógica.....	11
2.4	Bases Teóricas	12
2.4.1	Asertividad	12
2.4.1.1	Asertividad por Wolpe.....	12
2.4.2	Características de la asertividad.....	14
2.4.3	Estilos de relación interpersonal.....	16
2.4.3.1	Estilo Agresivo:.....	16
2.4.3.1.1	Características del estilo agresivo	17
2.4.3.1.2	Consecuencias del estilo agresivo.....	18
2.4.3.2	Estilo Pasivo:	19
2.4.3.2.1	Características del estilo pasivo	19
2.4.3.2.2	Consecuencias del estilo pasivo.....	20
2.4.3.3	Estilo Asertivo.....	21
2.4.3.3.1	Características del estilo asertivo	22
2.4.4	Evaluación de la Asertividad.....	22
2.4.5	Terapia asertiva de Joseph Wolpe	23
2.4.5.1	Respuestas asertivas	24
2.4.5.2	Inhibición recíproca en la terapia.....	24
2.4.6	La Psicoterapia Racional- Explicativa y proporción de información	25
2.4.6.1	La proporción de información	25
2.4.6.2	La psicoterapia explicativa.....	25

2.4.6.3	Técnicas de comunicación terapéutica y su aplicación.....	26
2.4.6.4	Fines de la psicoterapia explicativa y la proporción de información	29
2.4.7	Retraso Mental	29
2.4.7.1	Concepto	29
2.4.7.2	Clasificación	30
2.4.7.2.1	Retraso Mental leve:.....	30
2.4.7.2.2	Retraso Mental Moderado	31
2.4.8	Sexualidad.....	33
2.4.8.1	Educación sexual en la Discapacidad Intelectual .	34
2.4.8.2	Actitudes de la familia sobre la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual.....	35
2.4.8.3	El papel de las familias en la educación sexual....	36
2.4.8.4	Ámbitos de desarrollo sexual en el ser humano ...	37
2.4.8.5	Modelos de intervención en educación sexual	38
2.4.8.6	Prevención de abuso sexual en las personas con discapacidad intelectual.....	41
2.5	Posicionamiento Teórico Personal.....	42
2.6	Glosario de términos.....	43
2.7	Operacionalización de variables	46
CAPÍTULO III		49
3	METODOLOGÍA	49
3.1	Diseño No experimental.....	49
3.2	Tipo de investigación	49
3.2.1	De campo	49
3.2.2	Participativa	49

3.2.3	Explicativa	50
3.2.4	Bibliográfica	50
3.3	Método de investigación	50
3.3.1	Inductivo – Deductivo	50
3.3.2	Analítico-Sintético	50
3.3.3	Método Psicométrico	51
3.4	Técnicas de investigación	51
3.4.1	Encuesta.....	51
3.5	Instrumentos de investigación	51
3.5.1	Cuestionario	51
3.6	Población y muestra	51
3.6.1	Población.....	51
3.6.2	Muestreo.....	52
CAPÍTULO IV.....		52
4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
CAPÍTULO V.....		99
5	Conclusiones y Recomendaciones	99
5.1	Conclusiones	99
5.2	Recomendaciones	100
CAPÍTULO VI.....		101
6	Propuesta Alternativa.....	101
6.1	Estructura y Alcance	101
6.2	Título de la propuesta	101
6.3	Justificación e Importancia.....	101
6.4	Fundamentación	102
6.5	Objetivos.....	104

6.5.1	Objetivo General.....	104
6.5.2	Objetivos específicos.....	104
6.6	Ubicación sectorial y física.....	104
6.7	Desarrollo de la propuesta.....	105
6.8	Impactos	118
6.8.1	Impacto social.....	118
6.8.2	Impacto familiar	118
6.8.3	Impacto Educativo	118
6.8.4	Impacto Psicológico.....	118
6.9	Difusión.....	119
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
	ANEXOS.....	122

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1	Matriz categorial.....	46
Tabla 2	Usted está de acuerdo en que sus hijos/as reciban información sobre sexualidad	53
Tabla 3	Se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos	53
Tabla 4	Ha buscado información para hablar de sexualidad con sus hijos/as.....	54
Tabla 5	Su comunicación es adecuada y paciente al hablar con su hijo/a de sexualidad.	55
Tabla 6	Ha hablado con facilidad cuando su hijo/a cuando ha tenido inquietudes sobre sexualidad.....	56
Tabla 7	Cree usted que está capacitado para hablar sobre sexualidad con su hijo.....	57
Tabla 8	Cómo ha manejado las manifestaciones sexuales que tiene su hijo (masturbación).....	58
Tabla 9	Cómo ha manejado los cambios puberales en su hijo/a (menarquia- espermarquia).....	59
Tabla 10	Considera que es importante hablar de sexualidad con sus hijos	60
Tabla 11	De quién cree que su hijo debería recibir o escuchar información sobre sexualidad	61
Tabla 12	Cuál es su reacción cuando se toman temas sobre sexualidad.....	62
Tabla 13	En su adolescencia sus padres le brindaron información sobre sexualidad.....	63
Tabla 14	Puedo expresar mis sentimientos abiertamente	64

Tabla 15	Puede decirle a la gente que no me gusta su comportamiento 65
Tabla 16	Puedo mantener contacto visual cuando expreso mis sentimientos y pensamientos..... 66
Tabla 17	Cuando me enfado puedo expresarme sin demostrar irritación o decepción..... 67
Tabla 18	Puedo dar una aclaración sin dificultad 68
Tabla 19	Puedo pedir ayuda o información a los demás 69
Tabla 20	Disfruto entablando conversación con conocidos o extraños 71
Tabla 21	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tontos 72
Tabla 22	Soy abierto y franco cuando me piden explicaciones 72
Tabla 23	Expreso mis opiniones con facilidad..... 73
Tabla 24	Hay ocasiones en que soy incapaz de hablar..... 74
Tabla 25	Usted está de acuerdo en que sus hijos/as reciban información sobre sexualidad 76
Tabla 26	Se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos 76
Tabla 27	Ha buscado información para hablar de sexualidad con sus hijos/as..... 77
Tabla 28	Su comunicación es adecuada y paciente al hablar con su hijo/a de sexualidad. 78
Tabla 29	Ha hablado con facilidad cuando su hijo/a cuando ha tenido inquietudes sobre sexualidad..... 79
Tabla 30	Cree usted que está capacitado para hablar sobre sexualidad con su hijo..... 81
Tabla 31	Cómo ha manejado las manifestaciones sexuales que tiene su hijo (masturbación)..... 82

Tabla 32	Cómo ha manejado los cambios puberales en su hijo/a (menarquia- espermarquia).....	83
Tabla 33	Considera que es importante hablar de sexualidad con sus hijos	84
Tabla 34	De quién cree que su hijo debería recibir o escuchar información sobre sexualidad.	85
Tabla 35	Cuál es su reacción cuando se toman temas sobre sexualidad.....	85
Tabla 36	En su adolescencia sus padres le brindaron información sobre sexualidad.....	86
Tabla 37	Puedo expresar mis sentimientos abiertamente	88
Tabla 38	Puede decirle a la gente que no me gusta su comportamiento	89
Tabla 39	Puedo mantener contacto visual cuando expreso mis sentimientos y pensamientos.....	90
Tabla 40	Cuando me enfado puedo expresarme sin demostrar irritación o decepción.....	91
Tabla 41	Puedo dar una aclaración sin dificultad	92
Tabla 42	Puedo pedir ayuda o información a los demás	93
Tabla 43	Disfruto entablando conversación con conocidos o extraños	94
Tabla 44	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tontos	95
Tabla 45	Soy abierto y franco cuando me piden explicaciones	96
Tabla 46	Expreso mis opiniones con facilidad.....	97
Tabla 47	Hay ocasiones en que soy incapaz de hablar.....	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Información sexualidad	53
Gráfico 2	Hablar de sexualidad	54
Gráfico 3	Buscar información de sexualidad	55
Gráfico 4	La comunicación en sexualidad	56
Gráfico 5	Habla con facilidad.....	57
Gráfico 6	Capacitado.....	58
Gráfico 7	Manejo de sexualidad	59
Gráfico 8	Cambios puberales	60
Gráfico 9	Importancia de la sexualidad	61
Gráfico 10	Fuentes de información	62
Gráfico 11	Reacción.....	63
Gráfico 12	Fuentes de información de los padres	64
Gráfico 13	Sentimientos	65
Gráfico 14	Comportamiento	66
Gráfico 15	Contacto visual	67
Gráfico 16	Enfado	68
Gráfico 17	Dificultad	69
Gráfico 18	Información a los demás.....	70
Gráfico 19	Conversación con extraños	71
Gráfico 20	Evitar preguntar	72
Gráfico 21	Franqueza.....	73
Gráfico 22	Opiniones.....	74
Gráfico 23	Incapaz de hablar	75
Gráfico 24	Recibir información sobre sexualidad	76

Gráfico 25	Hablar sobre sexualidad	77
Gráfico 26	Hablar sobre sexualidad	78
Gráfico 27	Comunicación	79
Gráfico 28	Hablar sobre sexualidad padres	80
Gráfico 29	Capacidad para hablar.....	81
Gráfico 30	Manejo de manifestaciones sexuales	82
Gráfico 31	Cambios puberales	83
Gráfico 32	Importancia de la sexualidad	84
Gráfico 33	Recibir información	85
Gráfico 34	Tipo de conversación.....	86
Gráfico 35	Sexualidad en padres	87
Gráfico 36	Sentimientos	88
Gráfico 37	Hablar sobre el comportamiento	89
Gráfico 38	Abierto	90
Gráfico 39	Expresar sentimientos	91
Gráfico 40	Aclarar	92
Gráfico 41	Información y ayuda.....	93
Gráfico 42	Conversación extraños	94
Gráfico 43	Preguntas por miedo.....	95
Gráfico 44	Abierto y franco.....	96
Gráfico 45	Expresión de opiniones.....	97
Gráfico 46	Incapaz de hablar	98

ABSTRACT

The current psychological research was oriented with the objective of developing an intervention focused on improving the communicational field from parents to siblings with intellectual incapacities (slight and moderate mental retardation) to deal topics related to sexuality, these people who are part of the intervention group regularly assist to the integral rehabilitation centre "Ibarra" which belongs to the Public Health Ministry in the accompaniment to the psycho rehabilitation of their siblings: parents who lack the support or knowledge on how to deal the sexuality of their siblings.

As a first approach to the parents two surveys were applied. The first to evaluate the current state of the sexuality topics and the second to evaluate if they are or not assertive, such survey worked as a pre-test and as a base to create the intervention group to proceed to develop workshops oriented to parents who being the first parental connection on which their siblings rely must be well trained to give proper orientation and answers.

The intervention was made through workshops of assertive and explicative therapy which consequentially have proportional information and assertive techniques, which were group applied with the objective of improving the communicational field between them strengthening the interpersonal relations in parents and siblings, also the family connections because the condition of youth who have moderate and slight mental retardation, nowadays is still evident that these people shall not receive information on sexuality. After the intervention, a post-test was made to provide a comparative analysis with the pre-test once applied it could be seen that its application was feasible reinforcing errors and myths which parents still had due to their lack of knowledge.

RESUMEN

La presente investigación psicológica se orientó con el objetivo de desarrollar una intervención enfocada a mejorar el campo comunicacional de padres de familia a hijos/as adolescentes con discapacidad intelectual (retraso mental leve y moderado) para tratar temas referentes a la sexualidad, estas personas que forman parte del grupo de intervención asisten con regularidad al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública en el acompañamiento de psicorehabilitación de sus hijos; padres de familia que no cuentan con conocimiento ni apoyo adecuado para abordar la sexualidad con sus hijos/as.

Como primer acercamiento con los padres de familia se aplicó dos encuestas, la primera para evaluar el estado actual en el tema de sexualidad y el segundo para evaluar si son o no personas asertivas, dicho cuestionario sirvió de pre-test y como base para formar el grupo de intervención para proceder a desarrollar talleres dirigidos hacia los padres de familia quienes al ser el primer vínculo fraterno con los que cuentan sus hijos/as deben estar debidamente capacitados para dar respuesta y orientación adecuada en los adolescentes.

La intervención se realizó mediante talleres de terapia asertiva y explicativa que a su vez contienen técnicas asertivas y la proporción de información, mismas que fueron aplicadas de forma grupal con la finalidad de mejorar el campo comunicacional entre sus pares fortaleciendo tanto en los padres de familia como en los hijos/as las relaciones interpersonales y los vínculos familiares debido a que por la condición de adolescentes con retraso mental leve y moderado aúnse hace evidente hasta la actualidad que estas personas no deben recibir información acerca de sexualidad. Posterior a la intervención se realizó un post test donde se hizo un análisis comparativo con el pre- test realizado donde se pudo denotar que fue factible su aplicación reforzando falencias y mitos que los padres aun mantenían por desconocimiento.

INTRODUCCIÓN

El interés de esta investigación está focalizada en que actualmente aún es notoria la problemática que los padres de personas con retraso mental leve y moderado viven debido a que consideran que la sexualidad en sus hijos debe ser restringida y limitante partiendo de ello podemos evidenciar que la sexualidad debe ser abordada por los padres de forma asertiva y explicativa, mejorando la comunicación y su eje parental denotando que la sexualidad es inherente al ser humano y está presente en cada individuo desde que nace hasta el final de su vida sin importar la condición de discapacidad en la persona.

Para la realización de este estudio es necesario tomar algunas bases involucrando temas relacionados a dicha problemática como por ejemplo la terapia asertiva y explicativa, el retraso mental leve a moderado y principalmente la sexualidad, con esta premisa podemos incorporarnos a la disertación de la problemática, mediante la investigación e indagación de estas temáticas vamos a encontrar información relevante para el abordaje del estudio sujeto a investigación.

La metodología implementada es de tipo experimental basado en un enfoque cualitativo que permitirá observar de manera real todas las manifestaciones posibles que se den en este proceso, apoyado en una investigación de campo, participativa, explicativa y bibliográfica con métodos como el inductivo – deductivo, analítico-sintético y método Psicométrico, en base a técnicas como la encuesta cuyo instrumento es el cuestionario las que fueron de ayuda en la aplicación de un pre y un post test para evaluar a las personas investigadas.

La población con la que se trabajó son padres de Familia de adolescentes con discapacidad que tienen Retraso Mental Leve y Moderado; toda la investigación se realizó en base a un cronograma de actividades distribuido de forma adecuado y cubierto económicamente por parte del investigador en su totalidad.

CAPÍTULO I

1 MARCO CONTEXTUAL

1.1 Planteamiento del problema

Tradicionalmente, el tema de la sexualidad ha sido un tabú para la mayoría de los padres, esto hace que sea difícil tratarlo ya sea por miedo, temores infundados o por no sentirse preparados para contestar las preguntas que se puedan suscitar. Actualmente es notoria la problemática que viven los padres de personas con retraso mental leve y moderado, al no considerarla educación sexual como algo importante, así no proporcionan ningún tipo de información a sus hijos, o bien prefieren darles una información disfrazada o errónea.

La sexualidad de las personas con discapacidad Intelectual ha sido y es un tema aún poco tratado, debido a que muchos padres de familia carecen de conocimientos adecuados para dialogar con sus hijos/as sobre temas de educación sexual. Las actitudes de los padres y madres de familia ante la sexualidad de sus hijos(as) han sido actitudes de sobreprotección hasta el punto de ser desexualizadoras.

Los padres de adolescentes con discapacidad intelectual tienen ideas de que sus hijos aún se pueden mantener en la niñez debido a su condición y que no mostraran señales ni actitudes en cuanto a su sexualidad, hecho que es totalmente erróneo.

Un ejemplo claro de esta problemática es cuando los padres no saben cómo manejar o actuar cuando su hijo/a realiza actos obscenos como la masturbación en público debido a que para los adolescentes es algo natural y parte de su desarrollo pero que dicha acción no es tomada de forma positiva por los padres al no saber cómo dirigirse ante esa situación.

La persona con discapacidad intelectual tiene derecho a expresar sus deseos sexuales y a tener una vida sexual considerando sus capacidades y condiciones como todo ser humano. “Es considerarlo como un ser humano más y atender las demandas que exige como tal, tanto en lo sexual como en todo lo demás.”(Paulina Godoy, Inés Riquelme, Alida Salazar, María Angélica Matus, 2010).

La terapia explicativa viene cooperando en el tratamiento de los padres para mejorar sus explicaciones respecto a la sexualidad con sus hijos/as adolescentes y con Discapacidad Intelectual. De estas ideas e inquietudes surge el problema de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo incide la terapia asertiva y explicativa en los padres de adolescentes con Discapacidad Intelectual leve y moderado respecto al abordaje de la sexualidad en sus hijos, en el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra en el período de marzo a julio del 2016?

1.2.1 Antecedentes del problema

La sexualidad en las personas que presentan discapacidad intelectual tienen, dependiendo del tipo y grado del déficit su especificidad en las posibilidades y formas de vivirla, sin embargo, en lo fundamental, es similar a las personas sin discapacidad; la capacidad de sentir, vivir, expresar y compartir sensaciones corporales, afecto y ternura, poco tiene que ver en principio con la edad, con determinadas lesiones, enfermedades

o minusvalías así podemos decir que el sexo forma parte de nuestra vida y no tiene sentido escindirlo. (Paulina Godoy, Inés Riquelme, Alida Salazar, María Angélica Matus, 2010).

Así la sociedad tiene que aprender, no solo a vivenciar y respetar el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, sino también brindar las posibilidades de educarse sexualmente para poder ejercerla y vivirla de forma adecuada. Como ya se señaló la sexualidad es inherente al ser humano y está presente en cada individuo desde que nace hasta el final de su vida, por lo tanto no es ausente en personas con discapacidad.

En el Ecuador existen pocas investigaciones que hacen referencia a cómo los padres deben abordar el tema de sexualidad con los hijos/as, sin embargo se evidencian fuentes relacionadas con el tema; en la investigación: El desarrollo de la sexualidad en retraso mental; se manifiesta que las limitaciones propias del retraso, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos que permiten la interacción, hacen difícil que las personas con discapacidad tengan una verdadera vida interpersonal. Por lo tanto, se puede manifestar que con frecuencia estos individuos tienen dificultades para resolver de manera adecuada sus necesidades interpersonales y de intimidad afectivo-sexual. (Insa, 2011).

La organización mundial de la salud (OMS, 2010). Ha definido a la sexualidad como un aspecto central en la vida de los seres humanos. Basada en el sexo, incluye identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción, esto se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, roles, y relaciones. (Paulina Godoy, Inés Riquelme, Alida Salazar, María Angélica Matus, 2010). La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómico, políticos, culturales, éticos, legales históricos, religiosos o espirituales.

La importancia de tratar este tema radica en que hasta la actualidad se manifiestan mitos y creencias erróneas, de hecho porque la sexualidad de la persona con discapacidad intelectual es un asunto complicado y la población lo ha visto como un problema más que como un atributo humano.

En la investigación: “Programa a Padres de Familia sobre Educación Sexual para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de los estudiantes del Instituto Neurológico de Guatemala, 2012” también hablan acerca de dicha problemática enfatizando que las personas con retraso mental leve y moderado deben ser educadas en este ámbito de la misma forma que una persona sin discapacidad.

Las personas con discapacidad intelectual poseen deseos sexuales incontrolables, donde surge la duda si su desarrollo psicosexual es distinto que el de los demás, partiendo de esto podemos decir que el desarrollo psicosexual del niño con discapacidad se da igual que en otro que no posee discapacidad, la diferencia radica en que, para la persona con discapacidad intelectual le lleva más tiempo pasar de una fase a otra, lo que provoca dificultad en armonizar con los demás, responder a su entorno o amar; esta falta de acoplamiento se debe a sus experiencias vitales infantiles y deficiencias globales como las omisiones de su desarrollo.(Caricote, 2012).

1.3 Justificación

La sexualidad es un elemento importante en la educación del adolescente con retraso mental leve y moderado, por lo que los padres deben adquirir conocimientos que sean adecuados para enfrentar cualquier tipo de interrogante que se manifieste en su desarrollo, esto corresponde ser tratado por los padres de la familia proporcionando información adecuada, transmitir valores y actitudes positivas hacia la sexualidad, lo cual se logra en base a un diálogo natural, directo, y sencillo; ésta comunicación padre e hijo/a debe ser abordada en forma casual e informal y no limitarse a hablar de la temática; de esta manera se facilitará la

comunicación logrando que el joven sienta curiosidad o manifestación hacia su sexualidad se pueda abordar el tema de forma positiva.

Por lo manifestado anteriormente se puede evidenciar que la sexualidad debe ser abordada por los padres en sus hijos/as de forma asertiva y explicativa, mejorando la comunicación y su eje parental. La terapia asertiva permite expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión y de manera socialmente aceptable. Durante la terapia, el paciente puede aprender a comunicarse de un modo eficaz, manifestando sus propias opiniones.

Con la presente investigación se busca aportar en los padres de familia de adolescentes con discapacidad intelectual Terapia Asertiva conjuntamente con psicoterapia explicativa que ayuda en el abordaje que los padres de familia deben desarrollar hacia sus hijos/as respecto al tema de sexualidad, adquiriendo técnicas asertivas eficaces directamente con la proporción de información y educación terapéutica que implica un proceso educativo dirigido a los padres y madres de familia con lo que se pretende mejorar su calidad de vida y la de sus hijos generando un bienestar social, a través de un cambio en actitudes y hábitos hecho que se verá reflejado en la comunicación y diálogo que deben mantener como eje parental en la familia.

1.4 Delimitación espacial y temporal del problema

1.4.1 Unidades de observación

La presente investigación se realizó en Padres de Adolescentes con retraso mental leve y moderado, que asisten regularmente al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.

1.4.2 Delimitación espacial

La investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública en la Provincia de Imbabura, ubicado en la Av. 13 de Abril y calle Ibarra, Huertos Familiares de Azaya.

1.4.3 Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en el período de Marzo a Julio del 2016.

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Aplicar Terapia Asertiva y Explicativa a padres de familia de adolescentes con retraso mental leve y moderado como ayuda al abordaje de la sexualidad con sus hijos/as en el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.

1.5.2 Específicos

Determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres de hijos/as adolescentes con retraso mental leve y moderado sobre el tema de la sexualidad.

Establecer talleres dirigidos a padres de hijos/as de adolescentes con retraso mental leve y moderado para el abordaje de la sexualidad.

Aplicar terapia asertiva y explicativa de acuerdo a las necesidades de los padres de familia.

1.5.3 Interrogantes

¿Tienen los padres de hijos/as de adolescentes con retraso mental leve y moderado conocimiento para abordar el tema de la sexualidad?

¿Cómo deben los padres manejar de manera adecuada la situación referente a la sexualidad de sus hijos/as adolescentes con retraso mental leve y moderado?

¿La terapia asertiva y explicativa es necesaria en los padres de familia?

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentación Psicológica

El enfoque cognitivo-conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras esto quiere decir que puede darse por medio de la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, el lenguaje verbal y no verbal, así todas las personas durante su vida desarrollan aprendizajes que se incorporan a sus realidades biográficas y se adaptan y su proceso de formación personal. (Clark, 2010).

La conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión directa, honesta y relativamente recta de sentimientos, así podemos decir que, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico interesado a incrementar la capacidad de la persona para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos; la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o elogio y conductas interpersonales correctas, logrando recompensas sociales significativas y una mayor satisfacción en la vida.(Rimm A, 2012).

Podemos entender por asertividad anteponer mis derechos, mis principios, opiniones, pensamientos, sentimientos o ideas sin lesionar o afectar los derechos, los principios, las opiniones, los pensamientos, los

sentimientos o ideas de los demás, esto significa la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, creencias u opiniones propias o ajenas de una manera honesta, oportuna, respetuosa y lograr como meta una comunicación que nos permita obtener cuanto queremos sin lastimar a las otras personas.(Fausto Segovia, Clara Salcedo, 2010).

Conocidos autores sobre el tema mencionan lo siguiente con respecto a la definición de asertividad:

Es la expresión directa y abierta de todos los sentimientos distintos a la ansiedad (Wolpe, 2011).

La Asertividad proviene de un modelo clínico, cuya definición apunta a un conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que uno piensa. (Peñañiel E, 2013).

La terapia asertiva vinculada a la terapia explicativa va a servir de base para trabajar con los padres de adolescentes con discapacidad para que puedan mejorar la comunicación con sus hijos/as.

La terapia explicativa involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. “Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan”.(Balarezo, 2010).

2.2 Fundamentación Sociológica

“El interés por las habilidades sociales y la conducta asertiva se ha venido manifestando, desde hace ya varias décadas, en la psicología. Este interés no es de extrañar ya que una de las partes más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales”.(Flores, 2012).

Bandura es uno de los autores que más se halla ligado al desarrollo de las teorías que abordan la asertividad, las habilidades sociales y la autoestima. Esto lo decimos porque su Teoría del Aprendizaje Social, sea de forma directa o indirecta, influyó en la construcción de dichos conceptos y las correspondientes teorías explicativas de las cuales más tarde surgirían diferentes formas de terapia. (Vicente Caballo, 2010).

Es así que la Teoría de Bandura nos permite explicar los diferentes aspectos relacionados con la asertividad ya que dicha competencia, forma parte de las habilidades sociales y se adquiere en el proceso de interacción social, donde desde la infancia el niño se ve expuesto a una constante relación con los demás, dándose al inicio esta relación con figuras significativas de su entorno inmediato, es decir, su familia; donde se incorpora paulatinamente una serie de experiencias basadas en el aprendizaje, no solamente considerado desde el punto de vista puramente pavloviano, sino también desde el punto de vista del aprendizaje psicosocial. (Zaldivar, 1994).

2.3 Fundamentación pedagógica

Teoría del Aprendizaje Significativo: “Aprendizaje es el logro de un nuevo comportamiento gracias a una experiencia, si esta acción se realiza en el marco de una buena comunicación, la experiencia modifica nuestra conducta”. (Sarria, 2010). La Comunicación tiene un papel muy importante en la interrelación humana y en el aprendizaje significativo.

Toda relación interpersonal entre maestro y estudiante o padres e hijos se transmiten ideas, información, opiniones, sentimientos y emociones, en el desarrollo de una clase o conversación familiar no solo está presente lo que el profesor o padre dice con palabras sino que también se obtiene información con el tono de voz (enfadado, seco, dulce, etc.) de la expresión facial (atento, cansado, aburrido, triste, alegre, etc.) de la postura corporal

(relajado, tenso, nervioso, etc.) y de la situación en la que se manifieste. (Sarria J. , 2008).

2.4 Bases Teóricas

2.4.1 Asertividad

Como podemos ver, fue Salter quien utilizó el término asertividad en primera instancia, sin embargo, sería J. Wolpe (1958). Define por primera vez dicha capacidad de una manera mucho más sistematizada, señalando que es la “Expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”. (Balarezo L. , 2010).

El concepto de asertividad surge originalmente en Estados Unidos en el contexto clínico a fines de la década de 1940. Así, el estudio de la conducta asertiva se remonta a los escritos de Andrew Salter en su libro *Conditioned Reflex Therapy*, donde describe las primeras formas de adiestramiento asertivo. Más tarde, a Wolpe se le señala como el responsable del desarrollo del concepto de asertividad que se utiliza con mayor frecuencia. (Vicente Caballo, 2010).

La asertividad es también es definida como “La capacidad para expresar sentimientos, pensamientos y necesidades claramente pero sin violar los derechos de los demás”. (Shelton, 2006). Como podemos ver, las diferentes definiciones poseen puntos básicos en común, por ejemplo, se hace hincapié en la necesidad de una adecuada expresión de sentimientos, ideas, emociones y conductas que permiten mantener una adecuada interrelación social, siempre y cuando se excluya de dicha expresión la ansiedad que obviamente no permitirá desarrollar una interacción socialmente positiva y aceptable.

2.4.1.1 Asertividad por Wolpe

La asertividad se relaciona con la conducta auto afirmativa y con la expresión de emociones positivas, recordando que al hablar de expresión de sentimientos, se hace referencia a los mismos siempre y cuando no sean aquellos relacionados con la respuesta de ansiedad. Este autor, tomó como base los aportes previos de Salter, quien considera a la asertividad como el resultado del predominio de los procesos excitatorios. (Balarezo, 2010).

Específicamente Wolpe (1958) citado por (Rosemberg, 2006). define a la asertividad como: “la capacidad de expresar sentimientos hacia otras personas, siempre y cuando no se trate de la expresión de ansiedad”, ya que al hablar de la ansiedad, señala que es una reacción incompatible con los comportamientos propios de la aserción, debido a que en varios estudios, se demostró que existe incompatibilidad entre ira–ansiedad (recordando que la expresión de ira es un componente que se usa en uno de los estadios de la terapia asertiva de Wolpe) a nivel del sistema nervioso autónomo, el cerebro medio y a niveles neurobiológicos, causando que en presencia de estímulos ansiógenos, la ira o la aserción, disminuyan dichos niveles de ansiedad.

Al respecto,(Joshep Wolpe, 2011, pág. 23). Señala que la ansiedad, de hecho puede reducirse mediante una respuesta motora dominante, ya que la actividad motriz ya sea en forma de trabajo o en forma de actividades lúdicas, provoca distracción, eliminación o disminución del impacto producido en el paciente por los estímulos que evocan ansiedad. Esto se produce por la acción inhibitoria que las respuestas motrices tienen sobre la actividad autonómica.

Dentro del concepto de asertividad manejado por Wolpe también podemos hablar de una conducta autoafirmativa que hace referencia a todas aquellas conductas que permiten un adecuado manejo a nivel social,

como en el caso de la aserción negativa, o saber decir no en circunstancias que pueden llegar a ser negativas o perjudiciales para nosotros y que pueden presentarse en la interacción social.

La autoafirmación es parte intrínseca de la asertividad, puesto que ambos conceptos se hallan vinculados siendo base del otro, siendo importante aclarar a que se refiere exactamente este término, para lo cual se debe diferenciar de la agresividad y de la falta de seguridad. Walen.(Neenan, 2004). Consideraba que esta diferenciación es el primer paso con el cual podemos enseñar a los pacientes a ser más asertivos.

La autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar una forma de expresión adecuada, la disposición a valerme por mí mismo, a ser quien soy abiertamente, a tratarme y tratar con respeto en todas las relaciones humanas.(Naranjo, 2013).

2.4.2 Características de la asertividad

Las personas que practican la conducta asertiva son más seguras de sí mismo, más transparentes y fluidas en la comunicación y no necesitan recurrir tanto al perdón, porque al ser honestas y directas impiden que el resentimiento eche raíces. (Riso, 2012).

En opinión de (Guell Manuel, Joshep Muñoz., 2010). La persona asertiva evita que la manipulen, es más libre en sus relaciones interpersonales, posee una autoestima más alta, tiene capacidad de autocontrol emocional y muestra una conducta más respetuosa hacia las demás personas. Las personas asertivas tienen la capacidad de reconocer e identificar sus necesidades y hacérselas saber a otras personas con firmeza y claridad.

(Riso, 2012). Se refiere concretamente a los indicadores expresivos verbales y no verbales de a asertividad. Nos explica de la siguiente manera:

- Mirar a los ojos.- la mirada huidiza es típica de las personas inasertivas. La persona asertiva no escapa la mirada, la sostiene el tiempo suficiente para establecer un buen contacto. Cuando se esquiva la mirada generalmente se experimenta desconfianza porque se presume que la otra persona tiene que esconder, o bien que esta no nos valida con su interlocutor.
- El volumen de la voz. Las personas que se sienten intimidadas por figuras de autoridad suelen bajar el volumen de su voz al considerar que de esta forma el impacto de su mensaje no ofuscará al receptor la receptora. Quienes son inasertivos emplean un volumen demasiado bajo lo que, además de dificultar la comunicación provoca que se vean como personas tímidas o inseguras.
- Modulación o entonación de la voz. La entonación comunica e implica intereses. Si el interlocutor es parco, la persona se siente poco apreciada. Cuando alguien habla con una entonación pobre y sin modulación afectiva, se experimenta aburrimiento, desconexión y pereza de responder.
- Fluidez verbal. Esta requiere espontaneidad y seguridad. Os tiempos muy prolongados para dar una respuesta debido a que se piensa demasiado genera angustia en la persona que está esperando. Las personas inseguras o inasertivas consideran que cada pregunta es un problema que deben resolver. Emplean diversos recursos inadecuados tales como muletillas, silenciosos entre una frase y otros, repeticiones y aclaraciones inadecuadas, reiteradas disculpas e insinúan en vez de afirmar.
- La postura. Comunica actitudes y la persona inasertivas, con su sola presencia física da la impresión de que lo único que desea es no molestar. Es difícil acercarse afectivamente a una persona que no puede acercarse a sí misma. La sumisión generalmente produce el rechazo.

- Los gestos. El gesto es la entonación del cuerpo, acompañada físicamente al lenguaje y completa su sentido, es lenguaje no verbal. Es el rostro donde más se manifiesta lo que la persona es. cuando se observa a alguien no solo se miran sus ojos también las cejas, la boca, las comisuras. Los gestos de las personas no asertivas suelen estar desfasados respecto al lenguaje hablado.
- El contenido verbal del mensaje. Es la transcripción en palabras de lo que se desea. El mensaje debe ser claro, explícito, directo, franco, considerado y respetuoso a los derechos de las demás personas. Hay personas que al expresar sus pensamientos o sentimientos terminan diciendo otra cosa o cambian de temas por temor o inseguridad, cuando se descubre que una persona no dice lo que piensa se siente indignación.

2.4.3 Estilos de relación interpersonal

Al hablar de estilos de relación nos referimos a la manera en que las personas se relacionan unas con otras dentro del contexto de la interacción social. En relación con la asertividad, existen tres estilos principales que evidencian diferentes niveles de la misma, pudiendo decirse que estos estilos, que son el agresivo, el pasivo y el asertivo, denotan la presencia o ausencia de asertividad.(Naranjo, 2013).

2.4.3.1 Estilo Agresivo:

Agresividad se define como una actitud o inclinación que poseen las personas individualmente o como colectivos humanos, a realizar actos violentos, es decir, todos aquellos actos que impliquen manifestaciones físicas o psicológicas que causen algún tipo de daño o que inclusive pongan en peligro a los demás y su integridad. (Gil Verona, José Pastor, Juan de

Paz, Félix Barbosa, Mercedes Macías, José Maniega, María Rami, Gonzales Lorena, Boget Teresa, Picomell Inés., 2002).

Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, caracterizándose por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás. Piensan que si no se comportan así, son demasiado vulnerables.

Se puede observar patrones de comportamiento en términos de ganar-perder, Piensan que hay gente que merece ser castigada; acusa, interrumpe, amenaza, agrede a las demás sin tener en cuenta sus sentimientos.

2.4.3.1.1 Características del estilo agresivo

Este estilo según (Puchol, 2010).Presenta:

A nivel verbal: Uso de volumen elevado de la voz, habla poco fluida o demasiado rápida, contenido del mensaje caracterizado por insultos, agresiones y amenazas.

A nivel no verbal: Ceño fruncido, tensión facial, manos en forma de puño, tensión de extremidades y del cuerpo en general, postura corporal intimidatoria y/o deshonestas desde el punto de vista social.

A nivel afectivo: Ansiedad, falta de control, sentimientos de culpa, frustración, sensación de no ser comprendidos por quienes rodean a la persona.

Podemos mencionar que dicha agresividad puede ser verbal o no verbal, pero también se manifiesta en los aspectos cognitivo, emocional y conductual. La agresividad verbal según mencionan: (Eva Peñafiel, Cristina Serrano, 2010). Puede ser:

Agresividad Verbal: Es directa cuando hay presencia de amenazas y comentarios hostiles, es indirecta cuando hay sarcasmo e ironía.

Agresividad Cognitiva: Es la agresividad que se manifiesta en la psiquis de la persona, con ausencia de conductas agresivas de forma abierta; es decir, hay presencia de pensamientos cuyo contenido busca dañar o perjudicar a los demás.

Agresividad Emocional Es la agresividad que se caracteriza por la presencia de la ira como emoción primaria, que genera la aparición de sentimientos de rabia, hostilidad y de agresión en general.

Agresividad Conductual o Instrumental: Es aquella que se manifiesta y expresa de forma visible ante los demás; se caracteriza por la presencia de posturas intimidantes, golpes, expresión facial de ira y en general, todas las conductas que pueden causar daños a los demás.

2.4.3.1.2 Consecuencias del estilo agresivo

El estilo agresivo de comunicación genera los siguientes problemas o consecuencias negativas asociadas a él. Según (Van der Hofstadt Carlos, José María Gómez, 2011). Son los siguientes:

- Alteraciones emocionales: La persona que experimenta o es blanco de la agresión experimenta frustración. El agresor en cambio presentará una constante sensación de no poder tener control, ira, baja autoestima, ansiedad y frustración.
- Deterioro o pérdida de relaciones interpersonales: Quienes conviven en el día a día con personas agresivas tienden a alejarse de ellas, o bien, devuelven los mismos sentimientos agresivos hacia ellas. Las relaciones que se ven mayormente perjudicadas por este tipo de relación son las intrafamiliares (padres – hijos) y también las relaciones de amistad.

- Problemas laborales: Los problemas del entorno laboral, al abordarse de forma agresiva, concluyen con resultados generalmente negativos, ya que habrá disminución del rendimiento y desgaste de las relaciones con superiores y compañeros de trabajo.

- Problemas de salud física: Existe evidencia de que la agresividad genera una serie de problemas cardíacos y/o circulatorios y puede empeorarlos.

- Violencia: Las conductas agresivas forman parte de lo que se denomina como cultura de la violencia, y pueden desembocar en sus manifestaciones extremas como sucede en el caso de la violencia intrafamiliar.

2.4.3.2 Estilo Pasivo:

Este estilo de comunicación se caracteriza porque la persona no defiende sus derechos sino que valora más y antepone los derechos de los demás es decir los ajenos sobre los propios. La persona que emplea este estilo, tiende a respetar y valorar positivamente a los demás pero no sus mismos derechos. Tienden también a considerar que la expresión de sus derechos, emociones, pensamientos es inadecuada, pensando por tanto que pueden incomodar a los demás o disgustarlos al comportarse de manera asertiva. (Vicente Caballo, 2010).

Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados u ofender a otras personas, no valoran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás haciendo lo que le dicen sin importar lo que piensa.

2.4.3.2.1 Características del estilo pasivo

El comportamiento de la persona pasiva, o también denominada sumisa, se caracteriza según(Castañer, 2010). Por la presencia de:

- A nivel verbal y para verbal: Presentan un volumen de voz bajo, habla sin fluidez, tartamudeo, uso del silencio en forma excesiva y uso de muletillas.

- A nivel muscular y postural: No fijan el contacto ocular, bajan la mirada frente al interlocutor, temblor de labios, dientes apretados, temblor de las manos, onicofagia, tensión en todo el cuerpo; lo que redundaría en que transmitan una sensación de incomodidad a los demás. En general, evitan el contacto físico y buscan alejarse de los demás.

- Gestos: Los gestos son escasos y tienden a realizarse de forma muy próxima al propio cuerpo, por lo que muchas veces no son captados por los demás. Hay además, movimientos repetitivos de los miembros, pies y las manos que denotan ansiedad. Hay también presencia de manipulaciones de objetos o partes del cuerpo.

- A nivel cognitivo: Existe la presencia según Castanyer (1996) de la creencia irracional que dice “es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo”, por lo cual estas personas buscarán de forma constante la aprobación de los demás y por tanto, cediendo a sus exigencias y demandas.

- A nivel afectivo-emocional: Son personas con frecuente presencia de sentimientos de culpa y ansiedad.

2.4.3.2.2 Consecuencias del estilo pasivo

Entre las consecuencias de este estilo de interacción tenemos:

- Presencia de problemas somáticos, generados por la sobrecarga de tensión que genera la sumisión o pasividad.
- Generan en los demás la idea de que son superiores;
- Generan sensación de culpabilidad, debido a que el comportamiento pasivo genera la sensación de estar en deuda con la persona pasiva o sumisa. (Castañer, 2010).

2.4.3.3 Estilo Asertivo

Se define como Conducta Asertiva a ese conjunto de conductas, que se manifiestan en un entorno interpersonal, donde se puede expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto respetando a su vez las opiniones y derechos de las otras personas, dicha conducta puede incluir expresiones de ira, miedo, aprecio, esperanza, alegría, indignación, pero que en cualquier caso suscitado no viola los derechos de los otros.(Caballo, 2011).

Es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y honesta. (Riso, 2012). No van a ganar, sino a llegar a un acuerdo. Una persona asertiva suele ser tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles sin ira, se encuentra segura de sí misma y frena pacíficamente a las personas que les atacan verbalmente.

Partiendo de ello existen diversos conceptos sobre asertividad, así puedo decir que es también es el acto de libertad emocional que implica mi capacidad para proporcionar información adecuada de una forma madura.

2.4.3.3.1 Características del estilo asertivo

Tal como sucede con los estilos pasivo y agresivo, el estilo asertivo presenta ciertas características entre las cuales encontramos según (Castañer, 2010).

- A nivel verbal: Habla fluida, seguridad al expresarse, ausencia de muletillas o de bloqueos durante la expresión del habla.

- A nivel no verbal: Mirada que busca el contacto ocular directo, más no desafiante, relajación corporal en lugar de tensión y postura que transmite comodidad.

- A nivel conductual: Hay en general, congruencia entre las señales verbales y para verbales, lo que permite transmitir un mensaje de forma más clara.

- A nivel emocional – afectivo: Expresión abierta de emociones y sentimientos, tanto positivos y negativos; la persona asertiva sabe defenderse verbalmente sin tener que agredir a los demás, proporciona información de forma clara, sabe decir no cuando es necesario y reconoce sus errores en caso de haberlos.

- Autoestima: La autoestima será positiva, no se sentirá una persona superior o inferior a los demás, pudiendo mantener por ello relaciones satisfactorias, donde se mantiene el respeto por sí mismo y el control emocional.

2.4.4 Evaluación de la Asertividad

Hay varias formas de evaluar la inasertividad, es decir un nivel bajo de asertividad, así propone las siguientes, siendo de las más utilizadas en cuando a la frecuencia, en psicoterapia. (Ortiz, 2012).

Entrevista: señala que a través del reporte que nos dan las personas a las diferentes preguntas e interrogantes que planteamos, nos damos cuenta del tipo de estilo de comunicación o estilo de comunicación que predomina en ellos, pudiendo deducir de ello, la ausencia de asertividad o la presencia de la mismas, en caso de ser la deducción la presencia de inasertividad, podemos ver las características de las misma y en qué situaciones se presenta.

Juego de roles: El juego de roles permite evaluar como una persona enfrenta o aborda diferentes situaciones de su vida. Esta técnica no solamente se emplea en la evaluación sino también en la terapia propiamente dicha, entrando en juego la observación y el aprendizaje por modelado.

La observación directa: Constituye el recurso natural de evaluación por excelencia, que nos permite recoger información y detallarla para nuestro uso.

2.4.5 Terapia asertiva de Joseph Wolpe

Para entender el proceso de aplicación de la terapia asertiva de Wolpe, debemos comprenderla en su marco conceptual.

Para Wolpe(Wolpe, 2010), la ansiedad genera dificultades para quienes la experimentan, en diferentes situaciones vitales. Sin embargo este autor llevó la teoría más allá al establecer que existen tres respuestas antagónicas de la ansiedad, siendo las siguientes:

- Respuestas asertivas

- Respuestas de relajación

Al respecto, (Joshep Wolpe, 2011), señala que las respuestas asertivas, son aquellas que principalmente pueden utilizarse para contrarrestar la presencia de ansiedad frente a otros individuos, es decir, en el plano social, dentro de la interacción social misma. Al referirse a las respuestas de relajación, menciona que se pueden aplicar para disminuir o controlar todo tipo de ansiedad, mientras que lo mismo sucede con las respuestas sexuales pero en el ámbito específicamente sexual.

2.4.5.1 Respuestas asertivas

Wolpe (2009) usa el término asertividad, como sabemos, para hacer referencia a la expresión de sentimientos de tipo positivo que no sean compatibles o que sean distintos de la ansiedad. Como fue mencionado al inicio de este capítulo, basó sus postulados en las investigaciones de Salter. Sin embargo, se diferencia de su antecesor teórico ya que Wolpe menciona que las conductas agresivas, pueden ser utilizadas con éxito dentro de la práctica terapéutica, enseñando a los pacientes su adecuado uso. Para este autor, uno de los usos más efectivos de la expresión asertiva, es aquel por el cual estas permiten disminuir lo que hoy en día llamaríamos ansiedad social, que Wolpe llamaba ansiedades inadaptativas que surgen en el contacto directo con otros individuos.

2.4.5.2 Inhibición recíproca en la terapia

La base teórica sobre la que se estructuró la Terapia Asertiva de Wolpe, es el proceso de inhibición recíproca. Basado en sus diferentes investigaciones, (Wolpe, 2010). Concluyó que en presencia de los estímulos que generan ansiedad, puede conseguirse una respuesta de naturaleza o puesta o antagónica que puede suprimir de manera total o parcial a la misma, lo que provoca que se debilite el vínculo o la asociación que une a dichos estímulos y las respuestas ansiosas

2.4.6 La Psicoterapia Racional- Explicativa y proporción de información

Involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. “Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo o cuidador las causas y esencia del individuo, y a su vez todo lo que le aqueja por su condición.”(Balarezo, 2010).

2.4.6.1 La proporción de información

Se compone de una habilidad donde el terapeuta debe manejar situaciones para aportar información que ayude en la educación del paciente y en aspectos relevantes de su bienestar y cuidado de sí mismo o a su vez para retransmitir lo aprendido, siendo el consejo directo una de las herramientas principales para cumplir con este cometido, al presentar al paciente ideas alternativas relacionadas con la resolución de problemas y al mismo tiempo brindar técnicas de comunicación terapéuticas referidas al esclarecimiento e interpretación, ayudan a clarificar e interpretar los sentimientos, ideas y percepciones del paciente, aportando con una relación explícita entre estos factores y sus conductas.(Mejía, 2013).

“La información debe ser lo más franca, sencilla, verídica y amplia posible, de acuerdo a la capacidad del paciente para entenderla” (Oblitas, 2009).

2.4.6.2 La psicoterapia explicativa

Se relaciona directamente con la educación terapéutica, por cuanto implica “todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una

modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico” (Marqués F, 2011).

La finalidad de esto es que se pretende orientar adecuadamente a los pacientes, facilitando la comprensión de aspectos desconocidos o entendidos erróneamente, esta información puede estar apoyada en diversos medios para su transmisión y puede suministrarse a través de folletos, videos o mediante una conversación sencilla.

2.4.6.3 Técnicas de comunicación terapéutica y su aplicación

En toda entrevista terapéutica, más aún en el abordaje explicativo, el psicólogo utiliza un amplio espectro de recursos verbales, los mismos que se centran en el paciente y en favorecer la dinámica del proceso, algunas de estas intervenciones se detallan a continuación de acuerdo a la propuesta de (Balarezo L. , 2010).

Reformulación de contenido: Consiste en la intervención inmediata, repitiendo o reformulando con pequeñas modificaciones, lo expresado por el paciente. Sirve para mejorar su entendimiento y comprensión mediante la percepción de la propia experiencia. Además favorece el vínculo porque demuestra atención por parte del terapeuta.

Recapitulación: Constituye una síntesis de comunicaciones más amplias, buscando recortar los elementos significativos del relato. Persigue como objetivo la estimulación de la capacidad sintética del paciente además de resaltar los elementos significativos de un tema determinado.

Interrogación: Es una de las comunicaciones mayormente empleadas en la entrevista psicológica, su importancia es mayormente significativa en el periodo de investigación. Las preguntas deben realizarse

en forma directa, clara y precisa, evitando interrogantes suspicaces, acusadoras o contestables con monosílabas que escasamente promueven la profundización en el relato.

Proporcionar información: Dado que el terapeuta es también un medio de cultura humana y psicológica, asume la información de aspectos que aclaren situaciones desconocidas o conocimientos distorsionados. Es factible que se empleen recursos auxiliares de variada índole como ayudas audiovisuales, lecturas, etc.

Generalización: Es una intervención que se relaciona con la extensión o ampliación del problema del paciente a los demás o a otros casos. La utilidad de esta comunicación radica en que sirve como una frase tranquilizadora que facilita la verbalización de los problemas del paciente sin que se sienta culpable o amenazado.

Incitación general: Es toda estimulación que anima al paciente a continuar su relato o su acción. Generalmente son comunicaciones breves enunciadas como exhortaciones de tipo verbal y no verbal, sirviendo además para reorientar los temas de discusión.

Confrontación o señalamiento: Se refiere a las precisiones y rectificaciones de los enunciados del paciente. En los señalamientos se llama la atención sobre elementos o contenidos que se han pasado por alto en el relato, o se muestran relaciones peculiares entre los fenómenos. En la rectificación de enunciados se relieván las limitaciones de comprensión, las contradicciones y las actitudes defensivas.

Operaciones de encuadre o estructuración: Se relacionan con todas las especificaciones referentes a la estructuración de la relación terapéutica que tienden a repetirse durante el proceso cuando el paciente

solicita mayor dirección, surgen fenómenos transferenciales o se manifiestan problemas espaciales o temporales en el contacto.

Reafirmación o técnica de apoyo: Es una comunicación que alienta o presta apoyo emocional al paciente basándose en sus logros y capacidades presentes o anteriores. Contrarresta los sentimientos de inadecuación del sujeto mejorando la autoestima y disminuyendo la ansiedad.

Reflejo de sentimientos: Es la intervención que demuestra al paciente una comprensión correcta de lo que él siente o experimenta; sirve para mejorar la relación y ayudarlo a expresar sus sentimientos sin temor. Requiere de una postura alerta del terapeuta para identificar los afectos o sentimientos del paciente, verbales o no verbales, para ubicarse como un espejo que refleje dichas emociones y al mismo tiempo manifieste comprensión sobre su actitud.

Silencio: Comprende todas las pausas que iniciadas por el paciente o el terapeuta tienen aplicación o utilidad en el tratamiento. Puede servir para que el enfermo asuma la responsabilidad de sus problemas hablando de ellos, para controlar el ritmo del proceso, para ayudarlo al sujeto en la asimilación de sentimientos o pensamientos, o para crear un ambiente de angustia necesario para la terapia.

Interpretación: Es la intervención que identifica y define las relaciones y significados de la conducta del paciente. Se interpretan tanto los resultados de los reactivos como los elementos del relato y las actitudes frente al contacto interpersonal buscando elementos etiológicos, relaciones entre el comportamiento actual y el pasado y componentes implícitos de una conducta. A veces se parte de señalamientos sobre hechos que se han pasado por alto o conexiones entre varios elementos. Como interviene altamente el factor subjetivo, en ocasiones se la realiza en forma hipotética

para suavizar sus efectos reactivos. Las interpretaciones deben ser adaptadas y graduadas de acuerdo a las condiciones del paciente.

2.4.6.4 Fines de la psicoterapia explicativa y la proporción de información

Según (Otto, 1999)“el objetivo de esta intervención no es sólo dar información, se trata de apoyar a los pacientes mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el auto cuidado de manera más eficaz”. Además concluye que se ha confirmado que quienes tienen un mayor conocimiento de su enfermedad y del plan de tratamiento experimentan menos ansiedad y estrés.

2.4.7 Retraso Mental

2.4.7.1 Concepto

Según él (CI10, 2012). El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. (CI10, 2012).

Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativo en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante:(CI10, 2012).

2.4.7.2 Clasificación

Según el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades está definido de la siguiente manera:

2.4.7.2.1 Retraso Mental leve:

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. (CI10, 2012).

Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas.(CI10, 2012).

En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.(CI10, 2012).

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.(CI10, 2012).

Pautas para el diagnóstico:

- Si se utilizan tests de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50 al 69 corresponde a un retraso mental leve.
- La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta.
- Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

2.4.7.2.2 Retraso Mental Moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. (CI10, 2012).

Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. (CI10, 2012).

Sin embargo, los adolescentes con discapacidad son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social y para participar en actividades sociales simples. (CI10, 2012)

Pautas para el diagnóstico:

- El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. (CI10, 2012).

- El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. (CI10, 2012).
- En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. (CI10, 2012).

2.4.8 Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).Definió la sexualidad como la Integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual en formas que enriquecen positivamente y que mejoran la personalidad, la comunicación y el amor.

La sexualidad tiene una importancia especial en el desarrollo psicológico del adolescente, la curiosidad o interés por el sexo es una manifestación de un interés que madura progresivamente y que varía o cambia según la edad, la relación con los padres, el medio sociocultural, inteligencia y personalidad, puesto que sus experiencias van más allá de la genitalidad y se amplía en la esfera afectiva, la conducta y los sentimientos estando sujetas a modificaciones por las experiencias y el aprendizaje. Es una parte importante de la personalidad y se expresa en todas las acciones que realiza el individuo en su vida.(Bas, 2014).

La sexualidad se vive de diferente manera en cada etapa de vida, no pudiendo hablar de sexualidad humana sin tener en cuenta que está en continuo cambio. Todos los adolescentes con o sin discapacidades pasan por ella y por ende necesitan tener el mismo derecho de recibir la información y educación sexual necesaria.(Brendgen, Bukowski, Doyle, Markiewicz, Vitaro, 2010).

2.4.8.1 Educación sexual en la Discapacidad Intelectual

La Educación Sexual comienza con la vida, la primera institución que debe asumirla es la familia. Cuando al seno de una familia llega un nuevo individuo con discapacidad intelectual, el proceso de preparación para la vida resulta muy complejo sobre todo los aspectos referidos a la educación para su vida sexual, no podemos olvidar que en la sociedad aun predominan criterios sexistas y mitos con respecto a la sexualidad, son muchas las personas que consideran que las personas discapacitadas no son sexualmente activas o que tratar con ellos el tema implicaría despertar sus impulsos sexuales, los que no sabrían controlar y por lo tanto prefieren no tocar el tema en la educación de sus hijos.(Bernal, 2013).

La educación sexual es necesaria para todo ser humano, ésta nos facilita todo el conocimiento necesario que nos ayuda a entender nuestro desarrollo natural. Como indica Ferrer en su libro la educación sexual es “una necesidad mundialmente reconocida”. Se necesita canalizar el interés sexual natural de todo persona para que consiga su equilibrio personal y al mismo tiempo se le capacite para relacionarse con otros, y adoptar normas en el seno de la familia, escuela y sociedad (Unesco, 2010). Porque si no se canalizan esas situaciones a tiempo provoca es que los jóvenes a temprana edad comiencen a tener relaciones sexuales.

La educación sexual que se brinde a una persona con discapacidad intelectual debe tener en cuenta los mismos criterios y objetivos que se

plantean para todos los niños/as y adolescentes de coeficiente intelectual normal. Es decir que la información y conocimiento debe adecuarse a su capacidad de comprensión; las respuestas tienen que ser pertinentes y claras a todas las preguntas así como encontrar los momentos adecuados para impartir dicha información. (Montiel, 2012).

Es importante tratar de comprender, cuál es la verdadera y real necesidad que se esconde bajo las expresiones verbales o de comportamiento puesto que muchas veces, detrás de una manifestación exhibicionista de erotismo solo haya la necesidad de una relación afectiva con una persona y no una relación sexual. Es necesario también, valorar el riesgo en el discapacitado intelectual en el sentido de comprobar si hay correlación entre su necesidad sexual y su integración cognoscitiva y afectiva así como su nivel de comprensión de las implicaciones y de las consecuencias de su comportamiento.(Caricote, 2012).

“La educación sexual no solo es sobre sexo sino también formación sobre sentimientos, comunicación, límites, conductas en privado y en público, formación de relaciones, entre otros aspectos; lo que significa que debe incluir la enseñanza y el aprendizaje de cómo ser responsable de sus cuerpos y de sus acciones”(Caricote, 2012).

De acuerdo a(Arbesú, 2010).Para las personas con discapacidad intelectual, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitada porque se les consideran incapaces de tener cualquier tipo de relaciones sexuales y de parejas. Por ello, no son informados ni formados en un sentido positivo recibiendo solo mensajes negativos de la sexualidad.

2.4.8.2 Actitudes de la familia sobre la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual

“La actitud que se manifiesta en los padres y educadores respecto a la temática de la sexualidad, es generalmente de angustia y, es aún de mayor intensidad en adolescentes con discapacidad intelectual”. (Porres, 2012).

Los padres de un adolescente con discapacidad intelectual tienen la idea de poder retenerlo en la infancia en todo lo posible, enviando para ello mensajes inconscientes que el individuo percibe y, si quiere ser aceptado, sentirá la tentación de retener sus rasgos infantiles. En estas familias se dan mucho los casos en que un joven deficiente mental no presentará señales de necesidades ni manifestaciones sexuales propias de su edad; de lo cual se deduce, erróneamente, que el joven en cuestión es sexualmente un niño o un espíritu puro (Fierro, 2013).

2.4.8.3 El papel de las familias en la educación sexual

“La persona dedicada al cuidado de una persona con discapacidades la que le proporciona la información acerca del mundo, y lo hace desde su perspectiva particular, lo que puede implicar una orientación basada en mitos o creencias erróneas en torno a la sexualidad”.(Beltrán, Torres, Gamboa, & Galindo, 2010, pág. 45). Por todo ello, es elemental que no se abandone a la familia en sus propios recursos; la orientación de un especialista es necesaria, para que puedan saber cómo llegar a sus hijos de forma positiva en la educación sexual de sus hijos.

La madre, el padre u otras personas significativas en la familia, educan en sexualidad y afectividad, a través de actitudes, conversaciones y experiencias compartidas en la convivencia familiar diaria y son los primeros adultos con los que los adolescentes establecen vínculos más estrechos para comunicarse y por ende e serán determinantes en su futuro desarrollo emocional. En la medida en que sean capaces de crear vínculos afectivos sólidos y sanos permitirán a sus hijos e hijas crecer con seguridad

y confianza. (Bas, 2014) Los de familia son espejos donde se miran y a través de los cuales se adquiere un aprendizaje.

La posibilidad de crear un elevado clima de afecto y de confianza favorece que los integrantes de la familia puedan hablar en forma más profunda y sincera de determinados temas de carácter sexual. Los vínculos afectivos fuertes, a la vez, facilitan afrontar y superar problemas de carácter sexual que pueda tener alguno de los hijos o hijas. Además, “por su cercanía y papel en la crianza de sus hijos e hijas son líderes naturales del proceso de socialización, en materias normativas, comportamentales, valores y para su vivencia de la sexualidad”.(Bas, 2014).

2.4.8.4 Ámbitos de desarrollo sexual en el ser humano

“La perspectiva desde la que se visualice la sexualidad influye en la manera de educar y orientar, por lo que es necesaria una teoría que logre integrar un concepto de sexualidad donde se integren todos los ámbitos en los que se desarrolla el ser humano”.(Zuleima, 2012, pág. 23).

“Un modelo propuesto es el de los llamados holones sexuales, este modelo reconoce cuatro componentes (holones), con los cuales se puede entender la sexualidad humana: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. Estas potencialidades humanas atraviesan cada uno de los niveles de estudio del ser humano” (Rubio, 2011, pág. 198).

Para comprender esta perspectiva, a continuación se describe a qué se refiere cada uno de los holones y cómo es que cada uno impacta en la sexualidad.

La reproductividad. No sólo es el acto biológico de embarazar y ser embarazada, puesto que hay personas que biológicamente no se

reproducen pero que se encargan del crecimiento de otros, expresando de esta manera su reproductividad.

El género. Se refiere al concepto de identidad genérica, que es el marco de ideas y conceptos con los cuales entendemos lo que somos, lo que son los demás y lo que debemos ser según nuestro género (masculino o femenino).

El erotismo. Se entiende como la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual, la cual todos poseemos y, por lo tanto, somos capaces de desarrollar, vivir y gozar.

El vínculo afectivo. Es la potencialidad humana para amar, resultado de la necesidad de pertenecer y permanecer en el mundo. Es necesario desarrollar la capacidad de vinculación afectiva al igual que los otros componentes, dado que de ese desarrollo dependerá la forma en que el individuo se vincule en la vida adulta.

Estos holones interactúan entre sí para llevar a cabo la sexualidad por lo tanto debe ser considerado como una expresión en todas las etapas de la vida y en todos los seres humanos, incluso en aquellos con algún tipo de discapacidad.

2.4.8.5 Modelos de intervención en educación sexual

En la medida en que la sexualidad es una dimensión humana que está íntimamente ligada a los valores, creencias y convicciones de cada persona, no existe una postura única y explícita en la sociedad traducible en un solo programa de educación en sexualidad.(Mineduc, 2010). Se pueden distinguir cuatro modelos de intervención para la educación de la sexualidad, cada uno de los cuales enfatiza diferentes formas para abordar este tema. Esta guía se sustenta en el modelo biográfico profesional cuyas

características, permiten una mejor intervención educativa para la diversidad de personas que viven con discapacidad.

- El modelo de riesgo: Proviene del modelo médico-clínico que considera la salud como ausencia de enfermedad, por lo tanto la educación sexual tiene por objeto entregar información técnica para evitar los “riesgos asociados a la práctica sexual” (ETS, Sida, embarazo no deseado, etc) y promover prácticas saludables, no entra en consideraciones morales. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, las intervenciones deben reducirse o bien a evitar los riesgos, o bien a dar una respuesta sanitaria una vez que se han producido.(Mineduc, 2010).

- El modelo moral: Se basa en general, en una concepción religiosa del ser humano, considerando que la actividad sexual tiene sentido en el marco del matrimonio heterosexual y orientado a la procreación. La educación sexual se orienta a preparar para el matrimonio, desarrollar principios morales, fortalecer la voluntad y el carácter y evitar riesgos asociados a la práctica sexual fuera del matrimonio o de las normas establecidas. Desde esta perspectiva, se considera que las personas con discapacidad intelectual no están preparadas para tener hijos o hijas ni educarlos/las, por lo que la educación sexual para ellas debe orientarse a desarrollar el autocontrol y la abstinencia. Su metodología es directiva y suele basarse en puntos de vista muy definidos. Los padres, madres y tutores tienen un rol prioritario y la escuela, para educar en esta materia, debe contar con la autorización y supervisión de la familia, por lo “delicado” del tema. Entre sus virtudes, está la de reconocer el rol de la familia y enfatizar que la educación sexual incorpore contenidos éticos.(Mineduc, 2010).

- El modelo para la revolución sexual: Plantea que la revolución sexual es una condición necesaria para la revolución social. Defiende el derecho de todas las personas al placer sexual como condición para la salud, desconfía de los padres y madres en cuantos educadores sexuales,

pues reproducen la ideología del sistema imperante derivando esta tarea a profesores, profesoras y profesionales de la salud. Considera como contenidos específicos para las personas con discapacidad enseñarles activamente a masturbarse, darles oportunidades de tener relaciones sexuales con otras personas y ayudarles a protegerse de los riesgos. Si bien, muchas de las ideas de este modelo son hoy aceptadas por la mayoría de la población: derecho a educación sexual, igualdad entre hombre y mujer, conveniencia de informar sobre anticoncepción a los y las jóvenes, no restringir la sexualidad al matrimonio y a la procreación, la defensa del derecho de las minorías a la sexualidad (personas con discapacidad, entre ellas) y a educar a las personas de diferente edad según sus características propias (niños, adolescentes, jóvenes y ancianos), las críticas a sus planteamientos se refieren a que aborda la educación sexual desde una postura que no acepta que hay diferentes maneras legítimas de vivir la sexualidad y que no se puede imponer a las personas ninguna de ellas.(Mineduc, 2010).

El modelo biográfico-profesional: un modelo para la diversidad Este modelo de intervención, plantea una educación sexual basada en un concepto positivo de salud, o sea, la salud entendida como bienestar y promoción de la calidad de vida de las personas. Desde esta perspectiva, la sexualidad se percibe como un elemento que puede promover bienestar y las personas tienen derecho a recibir información y medios para tomar decisiones y llevar a cabo conductas -que pueden ser muy diversas, según las creencias y características propias de cada persona y situación-, que promuevan su bienestar sexual. Teniendo como referencia las diferentes formulaciones internacionales sobre los derechos humanos, universales, de la mujer, de los menores, de las personas con discapacidad, etc., ofrece una visión positiva (erotofílica) del hecho sexual humano y de las posibilidades que éste ofrece.

Su objetivo básico es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme la persona o personas implicadas deseen. En este sentido, señala como fundamental, “reconocer las necesidades interpersonales de las personas discapacitadas, hacer un nuevo discurso sobre la sexualidad, tener en cuenta las dificultades para aplicar los criterios de salud sexual en estas personas y reconocer la especificidad de su sexualidad”. (López, 2012, p. 48).

Concibe la sexualidad como una dimensión global de la persona, con diferentes posibilidades (placer, fecundidad, comunicación, vínculos afectivos, etc.), que puede vivirse de diversas maneras en relaciones de diverso tipo, con la implicancia de un uso responsable de la libertad que promueva el bienestar de las personas y los grupos sociales, por tanto involucra también un componente ético. Desde este modelo, las actitudes más importantes para educar en sexualidad serían: - un discurso positivo sobre la sexualidad (actitud erotofílica), - una búsqueda continua de conocimientos científicos fundamentados (actitud profesional), y - la aceptación de la diversidad en las formas concretas de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos y en la que se sea responsable del ejercicio del grado de libertad que se ponga en práctica (actitud tolerante y ética). (Mineduc, 2010).

2.4.8.6 Prevención de abuso sexual en las personas con discapacidad intelectual

La violencia en este mundo tan globalizado se está convirtiendo en algo que vemos en nuestro diario vivir. A menudo vemos cómo las personas que atropellan la dignidad, respeto, libertad y las normas sociales, son consideradas inteligentes. Los más fuertes siempre abusan de los más débiles.

El abuso sexual es descrito como el contacto e interacción entre un niño o adolescente, adulto y un agresor, cuando el agresor usa al niño, adolescente o adulto para estimularse sexualmente él mismo o a otra persona. Se considera una situación de abuso sexual cuando un niño, adolescente o adulto está inmerso y depende de una actividad o conducta sexual, pero es incapaz de comprender o darle consentimiento por su inmadurez (Intebi, 2012).

Los adolescentes con discapacidades están en riesgo de abuso sexual. Los jóvenes pueden ser abusados por las mismas personas de su familia. En el adolescente abusado se puede presentar la siguiente conducta: disturbios emocionales, ansiedad y depresión (Eastgate, 2012).

Los adolescentes con necesidades especiales “sin una educación sexual y física, están en riesgo a la explotación y abuso sexual, pobre salud, negligencia y abuso, entre otros” (Koller, 2000). Los adolescentes o niños con necesidades especiales también son abusados muchas veces y nunca se sabe nada, porque ellos desconocen lo que les está ocurriendo o haciendo sexualmente.

Necesitan que sus padres o maestros los orienten respecto a su desarrollo sexual, qué deben hacer y quiénes deben tocarlos. Los adolescentes con discapacidad deben reconocer quién los quiere con buena y mala intención. Dependiendo la condición que tenga el adolescente va a constar la orientación de los padres porque no todas las condiciones se afectan de la misma manera, pero deben mantener una buena comunicación y que cualquier conducta rara que el adolescente pueda reportarla (Eastgate, 2012).

2.5 Posicionamiento Teórico Personal

La sociedad en que vivimos ha mostrado desde años atrás una limitación con respecto al tema de la sexualidad, sin embargo en la actualidad es un tema que conforme pasa el tiempo ha tomado mayor importancia de ser tratado tanto a nivel escolar, familiar y social pero la educación ha sido enfocada en personas sin discapacidad, a partir de esta observación se ha determinado la necesidad de que también las personas con discapacidad (retraso mental leve a moderado) tienen derecho a conocer y estar orientados respecto al tema, de hecho su condición no quiere decir que deben estar restringidos a este conocimiento.

Los primeros formadores para emitir esta información de forma adecuada, concisa y pertinente con la debida precaución deben ser los padres de familia al encontrarse vinculados con sus hijos la mayor parte de tiempo, sin embargo los mismos padres evitan hablar con sus hijos el tema de sexualidad por su condición, sin tomar en cuenta que también son seres sexuados y tienen los mismos derechos de estar informados como es su desarrollo sexual, partiendo de la premisa que la información brindada deber ser más específica y no limitante o errónea. (Pérez, 2013). “Uno de los grandes factores para no hablar de manera natural y abierta con sus hijos e hijas de la sexualidad es el miedo e inseguridad por parte de los mismos padres”.

Para tratar estos temas las técnicas cognitivo-conductuales es decir las técnicas asertivas conjuntamente con la proporción de información van dirigidas a intentar cambiar estos comportamientos que no son adecuados cuando se interactúa, creando nuevos comportamientos, ayudando a relativizar o mejorar otros, buscando siempre el objetivo de que la persona adapte eficazmente sus comportamientos a su entorno.

2.6 Glosario de términos

Autoafirmación.- es característica de la conducta que se singulariza por un comportamiento social positivo, que apunta a defender un derecho a alcanzar una meta.

Auto-refuerzos.-Refuerza una conducta adaptativa y esto hace que se incremente la probabilidad de que se vuelva a repetir.

Aserción.-Afirmación, aseveración, expresión en que se da por cierta una cosa.

Entrenamiento asertivo.- son habilites básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción.

Etiología.- Estudio sobre las causas de las cosas Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades

Habilidades sociales.-capacidad de ejecutar una conducta de intercambio y/o interactiva con resultado social favorable.

Inasertividad.- evitaban sistemáticamente aportar sus ideas, mostrar sus sentimientos y comunicar sus preocupaciones.

Ineludiblemente.-es lo que no puede evitarse, lo que debe incluirse sin opción, en base a condiciones pueden ser positivas.

Minusvalías.- Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Sexualidad.-conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológica-afectivas que caracterizarán a cada sexo; comportamientos, prácticas que se relacionan con la búsqueda del placer sexual y llegado el

caso con la reproducción y que sin dudas marcarán al ser humano en cada fase de desarrollo.

Sistematizar.- al proceso por el cual se pretende ordenar una serie de elementos, pasos, etapas, etc., con el fin de otorgar jerarquías a los diferentes elementos.

Suscitar.-Este verbo refiere a generar, provocar, causar o impulsar algo.

Tabú.-El concepto permite mencionar las conductas o acciones que están prohibidas o censuradas por un grupo humano debido a cuestiones culturales, sociales o religiosas.

Pasivos.-se llama a aquella persona que ante un determinado suceso o circunstancia asume y adopta una actitud pasiva, es decir, prácticamente no asume un rol protagónico, relegándose a un segundo plano de acción

Retraso mental.- es producido en los momentos iniciales de la maduración que se traduce en un déficit de las funciones intelectuales y se manifiesta por una alteración de estructuras orgánicas y por una perturbación en la vida instintiva y afectiva

2.7 Operacionalización de variables

Tabla 1 Matriz categorial.

VARIABLE	DEFINICIÓN O CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Terapia Asertiva y explicativa (VI)	La Asertividad se define como la habilidad de expresar nuestro criterio, pensamientos o deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Terapia explicativa.-constituye una habilidad que el terapeuta debe manejar para aportar y brindar información que ayude en la educación del paciente y en aspectos relevantes de su bienestar y quienes le rodean. La terapia asertiva y explicativa es aplicada en los padres de	Asertividad: Habilidad de expresión	Comunicación interpersonal Actitud asertiva en los padres Conducta asertiva	Cuestionario de asertividad
		Manejo de la asertividad	Necesidad asertiva Resultados positivos o negativos	
		Explicativa: Orientación a padres sobre sexualidad	Talleres Comprensión de los temas	Registro de asistencia de padres familia

Retraso mental leve y moderado (VD)	<p>familia de adolescentes con Retraso Mental Leve y Moderado.</p> <p>Retraso mental leve se considera que tienen (C.I) de 50 a 69, personas que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Mientras el retraso mental moderado se considera que mantienen un C.I de 35 a 49 son personas que tienen problemas en el desarrollo de la comprensión y lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, necesitando supervisión permanente, los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura,</p>	<p>Educación sexual en la Discapacidad Intelectual</p> <p>El papel de las familias en la educación sexual</p> <p>Leve: Desarrollo intelectual</p>	<p>Coeficiente intelectual 50 a 69</p> <p>Reportes médicos de</p>	<p>Participación activa</p> <p>Carnet de discapacidad</p>
		<p>Moderado: Lenguaje Desarrollo motriz</p>	<p>exámenes</p> <p>Conversaciones simples</p>	

SEXUALIDAD (VD)	<p>escritura y el cálculo. Las personas que tienen retraso mental son adolescentes que asisten con regularidad al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.</p>		<p>Coeficiente intelectual 35 a 49.</p>	<p>Guía de evaluación</p>
	<p>La sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo.</p>	<p>Biológica</p> <p>Psicológica</p> <p>Social</p>	<p>Comunicación con la familia</p> <p>Dominio de conceptos</p> <p>Comportamiento</p> <p>Edades</p> <p>Diálogo</p>	<p>Cuestionario</p>

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño No experimental

La presente investigación se desarrolló en base a un diseño de investigación no experimental con enfoque cualitativo que permite observar de manera real la situación actual de los padres de familia de adolescentes con retraso mental leve y moderado a fin de recolectar la información necesaria para posteriormente intervenir y contribuir con las personas que forman parte de la investigación.

3.2 Tipo de investigación

3.2.1 De campo

Se realizó en el medio donde se encuentran los padres de familia debido a que asisten regularmente a las instalaciones del centro de rehabilitación integral Ibarra por la atención que diariamente reciben sus hijos; por lo que se llevó a cabo la recolección de datos directamente de la realidad donde están los sujetos que van a ser investigados.

3.2.2 Participativa

Esta investigación fue utilizada durante el proceso de aplicación de la investigación, es decir cuando se realizaron los talleres con los padres de familia de los adolescentes con discapacidad intelectual.

3.2.3 Explicativa

Se pretende encontrar las causas de dichas falencias del tema a investigar, no sólo describiendo el problema, sino intentar encontrar las causas del mismo, será utilizada al finalizar la investigación para así interpretar la realidad, que va a ser observada durante el desarrollo de la misma.

3.2.4 Bibliográfica

Se realizó una búsqueda amplia en base a la revisión bibliográfica para recabar información el estado del tema investigado, todo esto fue recopilado, organizado, valorado de manera sistemática de acuerdo al tema tratado evitando la dispersión de información que no sea parte de la investigación.

3.3 Método de investigación

3.3.1 Inductivo – Deductivo

Quiere decir que va desde la descomposición hasta la construcción, es decir del menor al mayor; esto el investigador lo hace con esquemas lógicos, lo que son realizados mentalmente, basados con conocimientos teóricos. Se aplicó en el capítulo I porque parte de la problemática que ha sido planteada.

3.3.2 Analítico-Sintético

Se describió y dividió al tema investigado en varios subtemas, mientras lo sintético reúne todos los subtemas de un tema para formar un tema con una opinión más amplia. En base a este método podemos establecer las conclusiones y recomendaciones.

3.3.3 Método Psicométrico

Método psicométrico el conjunto de procedimientos que conducen a la valoración cuantitativa de los fenómenos psicológicos. En base a este método podemos realizar una evaluación al inicio y final de la investigación.

3.4 Técnicas de investigación

3.4.1 Encuesta

La encuesta es una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos, a través de las encuestas se puede conocer las opiniones y actitudes de las personas. Se utilizó para conocer los diversos criterios que tienen los padres de familia con respecto al abordaje de temas como la sexualidad y asertividad; fue utilizado en la parte aplicativa de la investigación en base a un pre y post test.

3.5 Instrumentos de investigación

3.5.1 Cuestionario

Los cuestionarios fueron validados y revisados por la Dra. Grace Vinuesa, Psicorehabilitadora del Centro de Rehabilitación Integral Ibarra, aplicado para conocer las opiniones acerca de cómo abordan los padres de familia en tema de sexualidad con sus hijos, dicho cuestionario constó de 12 ítems y el segundo fue un cuestionario que evaluó la asertividad en los mismos con un contenido de 11 ítems.

3.6 Población y muestra

3.6.1 Población

La población con la que se trabajó son padres de Familia que asisten regularmente al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública que tienen hijos adolescentes con discapacidad intelectual

es decir Retraso Mental Leve y Moderado, siendo personas que se encuentran estrechamente vinculados con sus hijos en el acompañamiento de psicorehabilitación que reciben en dicha Institución.

3.6.2 Muestreo

Se realizó mediante el método no probabilístico, mediante un proceso intencional, estableciendo criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Padres de familia que tienen hijos adolescentes con Retraso Mental Leve y Moderado
- Padres de familia que asisten con regularidad al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.

Criterios de exclusión:

- Todo aquello que no se ajusta a los criterios de inclusión.

Cabe recalcar que al inicio del proceso se aplicó los respectivos cuestionarios a 33 padres de familia, posteriormente se tomo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión donde solo 28 padres de familia se ajustaron a los parámetros establecidos. Al iniciar con la intervención se trabajo con 18 padres de familia quienes asistieron de forma permanente y voluntaria, existiendo una disertación de 10 padres de familia por factores externos.

CAPÍTULO IV

4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuestionario a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos

Tabla 2 Usted está de acuerdo en que sus hijos/as reciban información sobre sexualidad

	<i>f</i>	%
SI	13	46.43%
NO	15	53.57%
TOTAL	28	100%

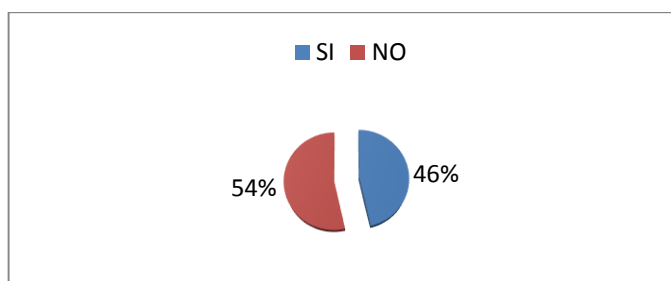


Gráfico 1 Información sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem dirigido a 28 padres de familia se pudo evidenciar que la mayoría de personas no están de acuerdo en que sus hijos reciban información sobre sexualidad, es decir que más de la mitad de las personas muestran desacuerdo. La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y del adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones de placer (al tocarse o ser acariciado), además de la observación sobre el comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de imitar. (Moldenhaver, 2010). Desde este punto vista el adolescente desarrollará actitudes positivas hacia su sexualidad generando una formación adecuada y propicia acorde a su edad.

Tabla 3 Se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos

	<i>f</i>	%
SI	16	57%
NO	12	43%
TOTAL	28	100%

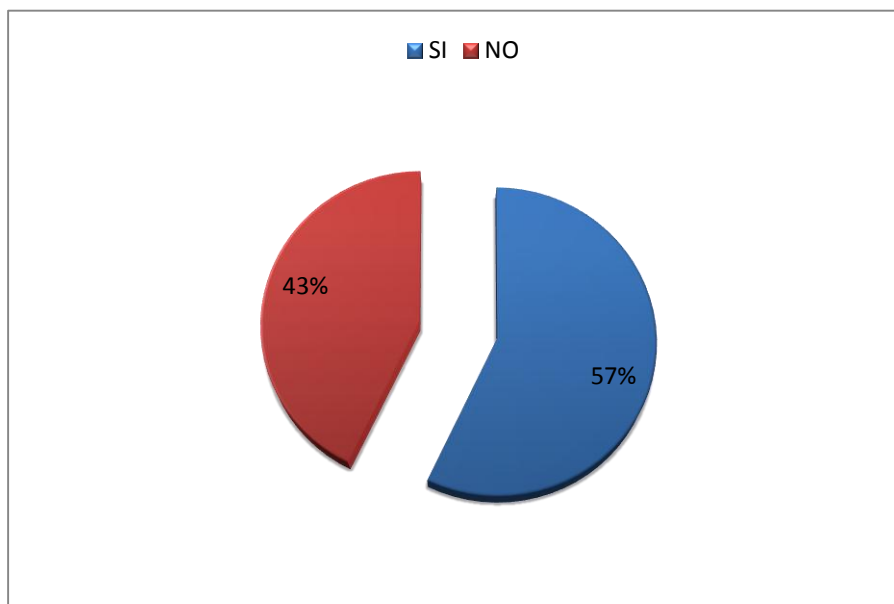


Gráfico 2 Hablar de sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem se evidencia que menos de la mitad de las personas tienen dificultad al hablar sobre sexualidad con sus hijos, la posible causa radica en que no saben cómo llegar a sus hijos con dicha información al ser padres de personas con discapacidad intelectual. Al referirnos al tema de la sexualidad muchas veces es percibido por los padres como sinónimo de genitalidad o de sexo. (Políticas de Educación Integral de la Expresión de la Sexualidad Humana, 2010). Razón por la cual se dificulta tratarlo como un tema normal en la vida de todo ser humano.

Tabla 4 Ha buscado información para hablar de sexualidad con sus hijos/as

	<i>f</i>	%
SI	7	25%
NO	21	75%
TOTAL	28	100%

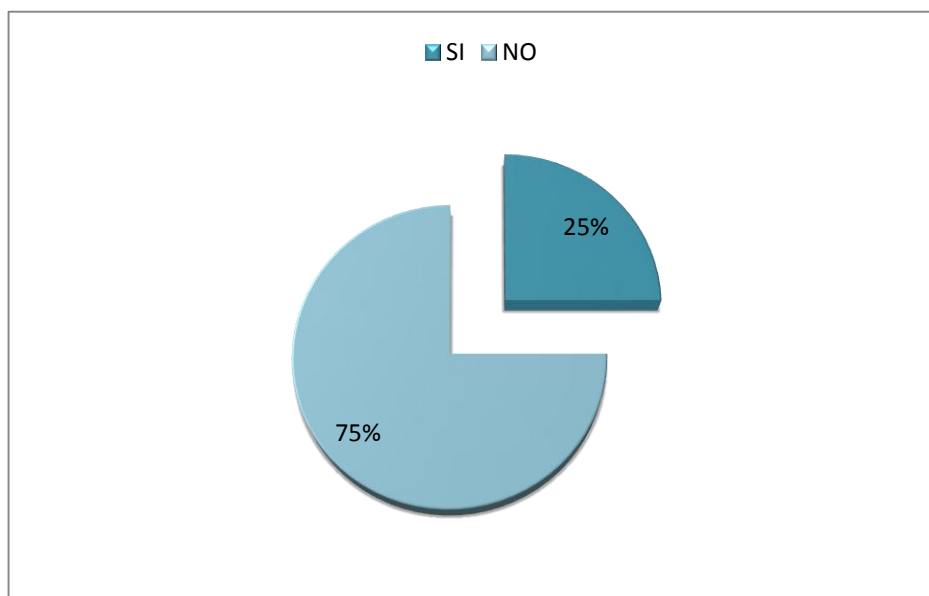


Gráfico 3 Buscar información de sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem existe una mayoría de padres de familia que manifiestan no haber buscado información de sexualidad para sus hijos, la posible causa radica que en la actualidad aún se tiene un concepto errado de que las personas con discapacidad son personas asexuadas por lo que no necesitan conocer sobre dicho tema. En los hogares de nuestra sociedad, la mayoría de padres no hablan directamente sobre sexualidad con sus hijos o, si lo hace la información es limitada, más aun en los hogares que tienen personas con discapacidad.(Romero, 2010).

Tabla 5 Su comunicación es adecuada y paciente al hablar con su hijo/a de sexualidad.

	<i>f</i>	%
SI	17	61%
NO	11	39%
TOTAL	28	100%

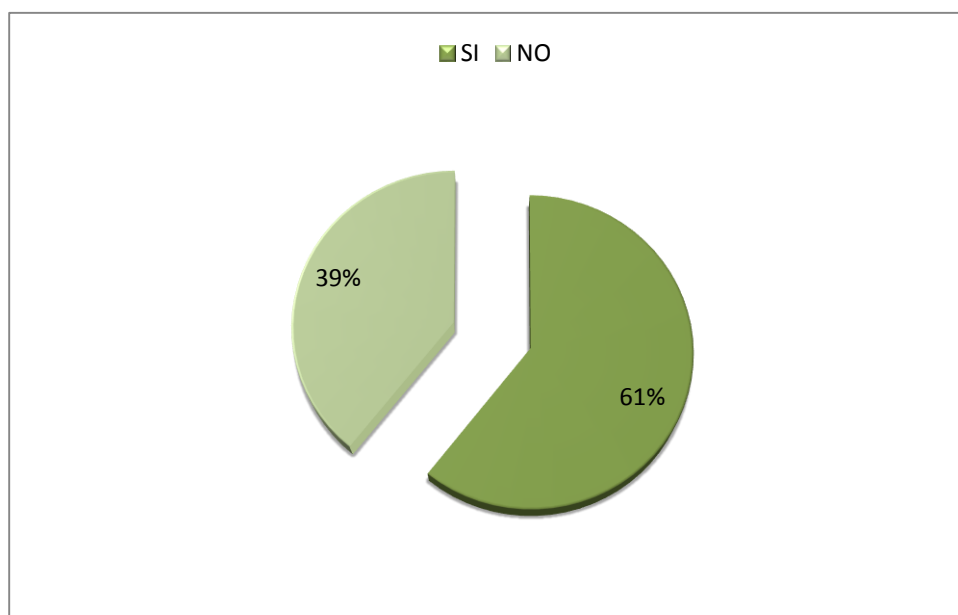


Gráfico 4 La comunicación en sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem, menos de la mitad de personas encuestadas manifiestan dificultad en este ítem, refieren que la comunicación no es paciente porque las indicaciones que se dan muchas veces tienen que ser reforzadas varias veces a consecuencia de la condición de discapacidad, hecho que no le permite al adolescente asimilar de forma inmediata la información que se le entregue. Hablar de sexualidad con los hijos es demostrarles que la misma es un aspecto normal de la vida humana. (Patpatian, 2013).

Tabla 6 Ha hablado con facilidad cuando su hijo/a cuando ha tenido inquietudes sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
SI	11	39%
NO	17	61%
TOTAL	28	100%

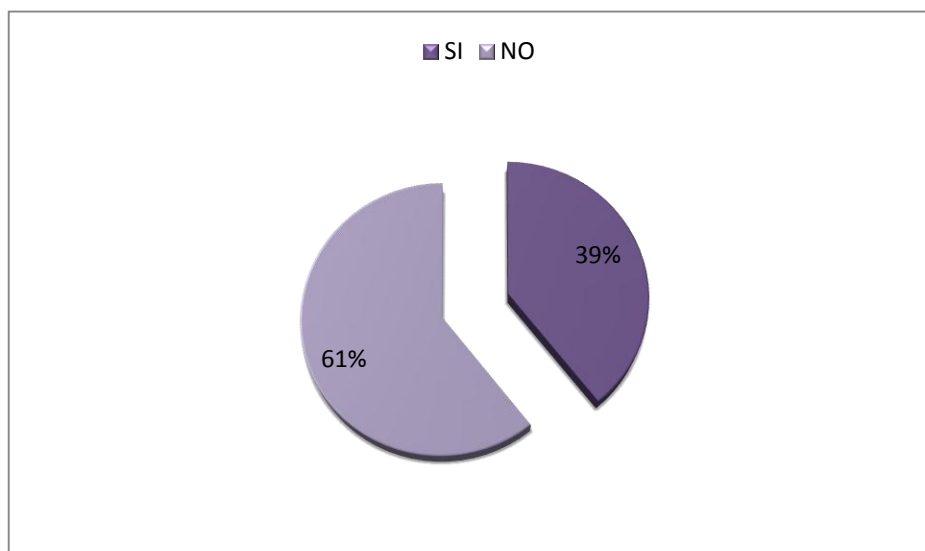


Gráfico 5 Habla con facilidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Se evidencia que la mayoría de las personas tienen dificultad al no dirigirse con facilidad hacia sus hijos. Las principales barreras que no nos dejan hablar abiertamente con nuestros(as) hijos(as) respecto a la sexualidad son: el miedo la falta de información los mitos las ideas equivocadas. (Adamson, 2009). Al ser un tema aun en la actualidad restringido, los padres optan por limitarse u ocultar información de sexualidad.

Tabla 7 Cree usted que está capacitado para hablar sobre sexualidad con su hijo.

	<i>f</i>	%
SI	8	29%
NO	20	71%
TOTAL	28	100%

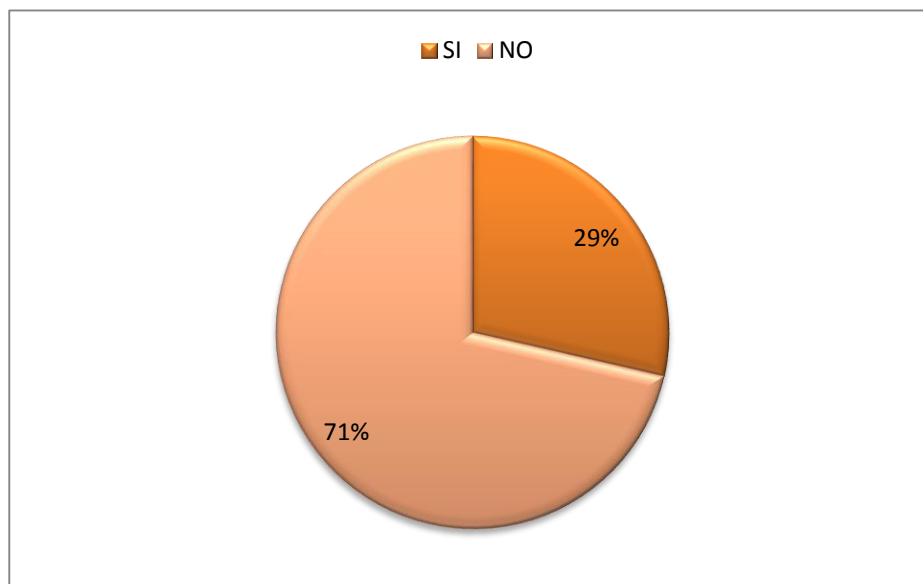


Gráfico 6 Capacitado

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres encuestados que está representado por 20 personas asumen que no se encuentran debidamente capacitados, refieren que no han recibido ningún tipo de capacitación para el abordaje de sexualidad por lo que es difícil inferir en dicho tema. Una de las principales trabas a la hora de hablar sobre sexualidad es que los padres no saben de qué hablarles a sus hijos, porque ellos mismos no conocen el tema a profundidad. "Los padres deben capacitarse y saber cómo ir transmitiendo la información a sus hijos a medida que van creciendo" (Bateman, 2010).

Tabla 8 Cómo ha manejado las manifestaciones sexuales que tiene su hijo (masturbación)

	<i>f</i>	%

POSITIVAMENTE	11	39%
NEGATIVAMENTE	17	61%
TOTAL	28	100%

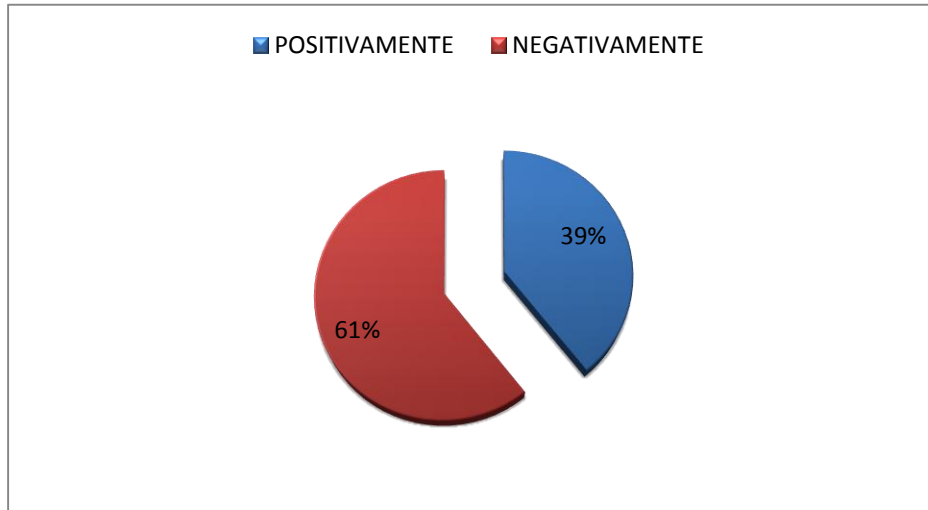


Gráfico 7 Manejo de sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. *Elaborado por:* Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia asumen que tienen dificultad en cuanto a cómo manejar las manifestaciones sexuales de sus hijos como es la masturbación. Si los padres rechazan a su hijo cuando ven comportamientos y actitudes sexuales, le privan de afecto, lo hostigan y le pegan, el adolescente se volverá inquieto, inseguro, agresivo y hostil. (Porres, 2012). Como se manifiesta anteriormente actitudes negativas hacia dichos comportamientos solo ayuda a generar inseguridad en los adolescentes por tal razón un 61% de la muestra refiere que ha manejado dichas manifestaciones de forma positiva.

Tabla 9 Cómo ha manejado los cambios puberales en su hijo/a (menarquia- espermarquia)

	<i>f</i>	%
--	----------	---

CON DIFICULTAD	11	39%
SIN DIFICULTAD	17	61%
TOTAL	28	100%

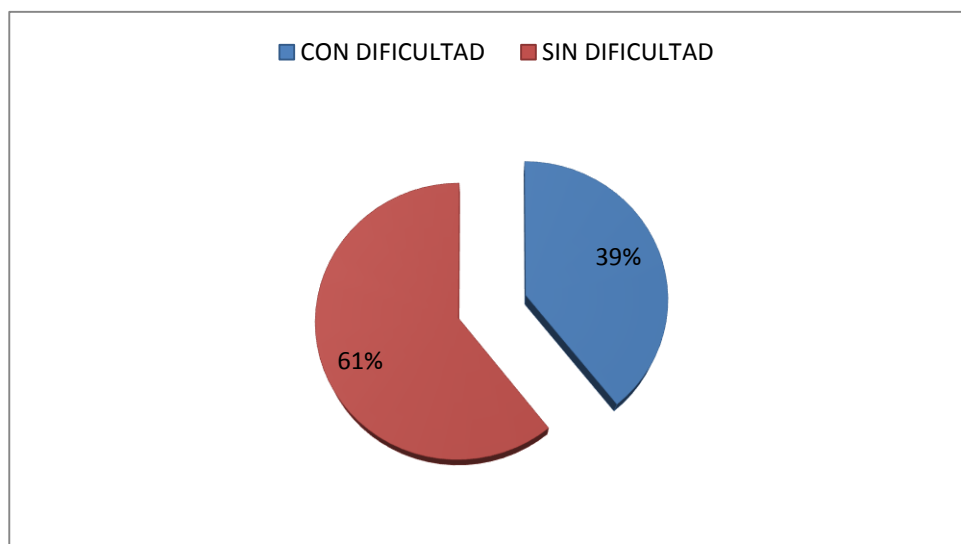


Gráfico 8 Cambios puberales

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia manifiestan haber tratado la menarquía en sus hijas de forma positiva. Una actitud comprensiva, empática y tolerante por parte de los padres contribuirá para mejorar los canales de comunicación y poder intervenir positivamente en la vida del adolescente. (Patpatian, 2013).

La pubertad es la etapa que da lugar al desarrollo de las características sexuales secundarias que marcan el inicio de la adolescencia. (Patpatian, 2013). Por tal razón se lo debe asumir como algo natural en la vida del adolescente sin mitos ni tabúes.

Tabla 10 Considera que es importante hablar de sexualidad con sus hijos

	<i>f</i>	%
SI	28	100%
NO	0	0%
TOTAL	28	100%

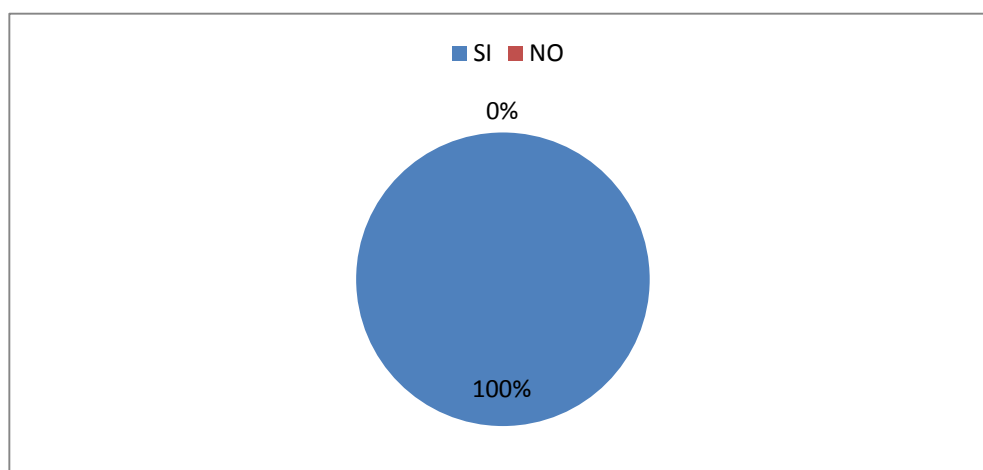


Gráfico 9 Importancia de la sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La totalidad de los padres de familia encuestados manifiestan que es importante hablar sobre sexualidad con sus hijos debido a que la sociedad en la actualidad ha generado mayor relevancia al incurrir en dicho tema, por lo tanto se puede decir que las personas con discapacidad también tienen derecho a ser conocedores de lo que es propio de cada ser humano. Los padres debemos aprender a hablar de sexo con nuestros hijos. El silencio, las explicaciones oscuras, la evasión, hacen creer al niño que ha tocado un tema del cual le hubiera sido mejor haberse callado. Sus dudas e interrogantes seguirán pero no será fácil comunicarlas cuando percibe que no tiene un terreno familiar propicio. (Patpatian, 2013).

Tabla 11 De quién cree que su hijo debería recibir o escuchar información sobre sexualidad

	<i>f</i>	%

FAMILIA	28	100%
SOCIEDAD	0	0%
NADIE	0	0%
TOTAL	28	100%

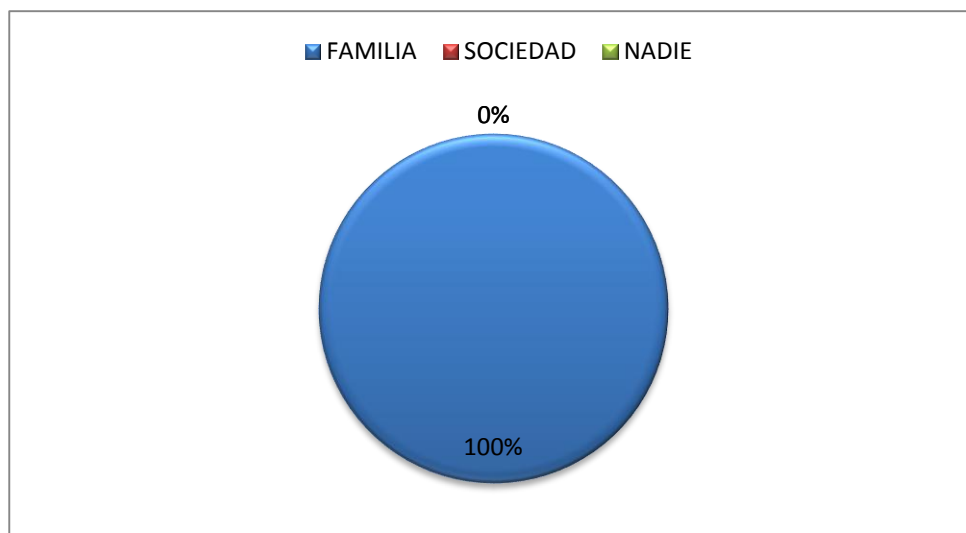


Gráfico 10 Fuentes de información

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La totalidad de los padres de familia refieren que la información dirigida a sus hijos debe ser impartida por quienes conforman el núcleo familiar, porque es en la familia donde se dan los primeros y principales aprendizajes respecto a la sexualidad y a la afectividad. Los padres de familia son quienes pueden dar orientación en valores morales en base a sus propias convicciones ideológicas sobre la sexualidad. (Paulina Godoy, Inés Riquelme, Alida Salazar, María Angélica Matus, 2010). Esto se debe a la cercanía y papel en la crianza de sus hijos e hijas siendo líderes naturales del proceso de formación.

Tabla 12Cuál es su reacción cuando se toman temas sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
ES ABIERTO	17	61%
DESVIA LA CONVERSACION	10	36%
SE MOLESTA	1	3%
TOTAL	28	100%

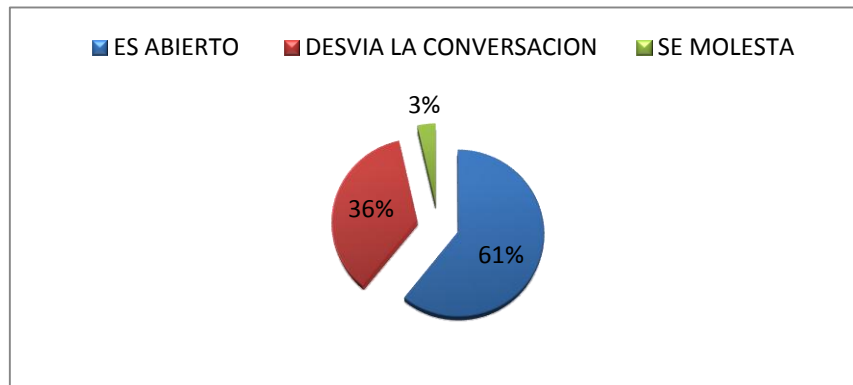


Gráfico 11 Reacción

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

En este ítem existe un número representativo donde se manifiesta que las reacciones al tratar temas de sexualidad es desviar la conversación, limitando el abordaje de este tema, pese a que el porcentaje es inferior al número total existe un porcentaje que expresa ser abierto y natural. Entregar información a adolescentes que presentan discapacidad intelectual no es una tarea fácil para los padres dado que es un tema sobre el que existe poca información y apoyos, y además porque tanto la sexualidad como la discapacidad son ámbitos sobre los que existen muchos mitos y prejuicios, incluyendo los personales, que se deben enfrentar. (Porres, 2012). Así es necesario afrontar estos temas de forma positiva y sustentable.

Tabla 13 En su adolescencia sus padres le brindaron información sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
SI	6	21%
NO	22	79%
TOTAL	28	100%

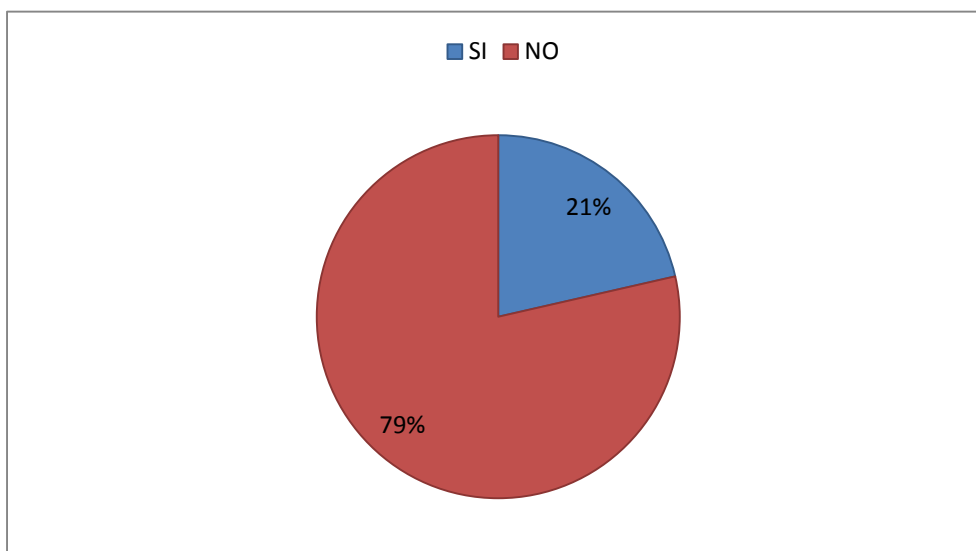


Gráfico 12 Fuentes de información de los padres

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Mayo 2016. *Elaborado por:* Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de las personas encuestadas manifiestan que en su adolescencia no recibieron información sobre sexualidad. La familia, en la mayoría de los casos, se muestra desorientada acerca de cómo enfrentar la sexualidad de los más jóvenes y en especial, la de los adolescentes.(Domínguez, 2010). Desde tiempos atrás ha sido manejado como un tema con gran restricción social y familiar hecho que no ha permitido cambiarse hasta el transcurso de muchos años.

Cuestionario de Asertividad

Tabla 14 Puedo expresar mis sentimientos abiertamente

	<i>f</i>	%
Siempre	3	10.71%
A veces	23	82.15%
Nunca	2	7.14%
Total	28	100%

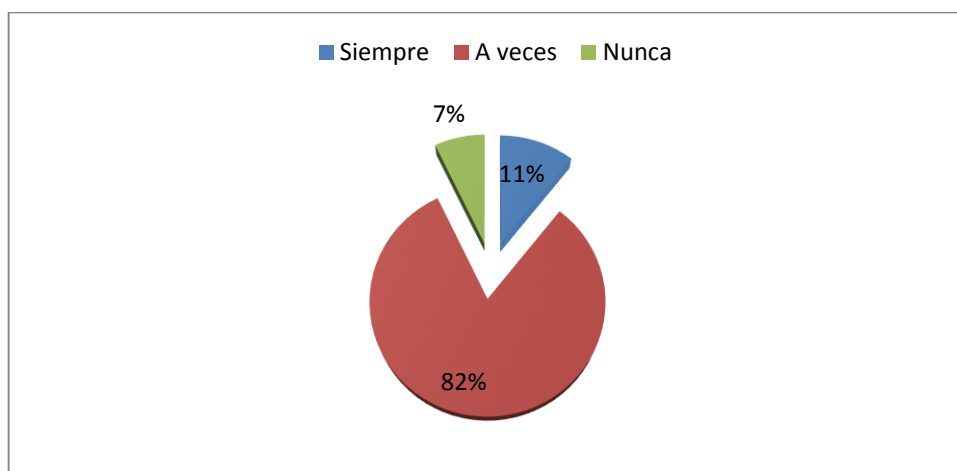


Gráfico 13 Sentimientos

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.

Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem podemos observar que la mayoría a veces puede expresar sus sentimientos abiertamente, mientras que existe una minoría que nunca lo puede hacer. Los sentimientos, entonces, pueden definirse básicamente como la expresión mental de las emociones, lo que incluye la idea de darse cuenta de las emociones que se experimentan de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos o necesidades en diferentes contextos o situaciones, sin experimentar ningún tipo de tensión (Mónica Álvarez, María Becerra, Fabiola Meneses, 2011). En base a esto se puede evidenciar que si existen problemas para dirigirse hacia los demás.

Tabla 15 Puede decirle a la gente que no me gusta su comportamiento

	<i>f</i>	%
Siempre	6	21.43%
A veces	16	57.14%
Nunca	6	21.43%
Total	28	100%

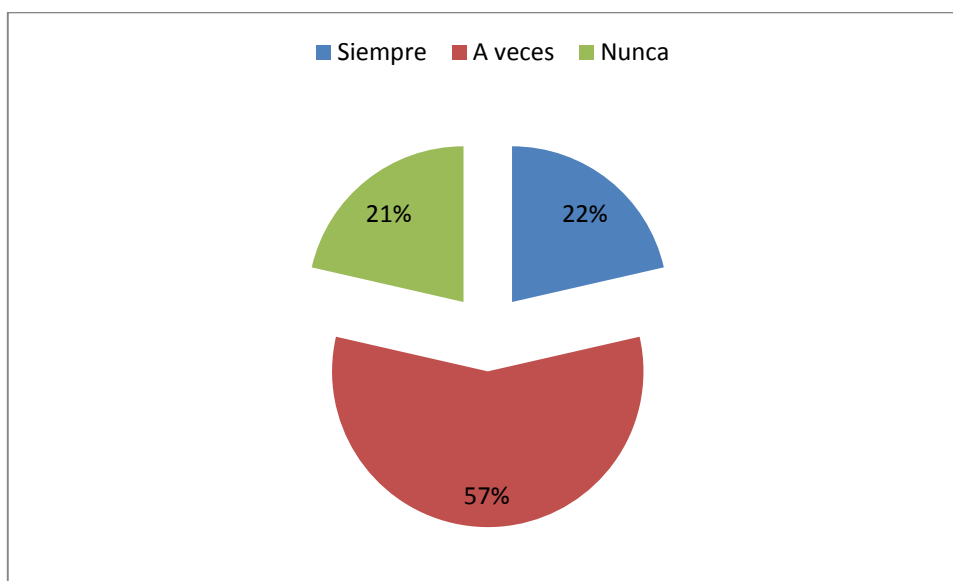


Gráfico 14 Comportamiento

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede evidenciar en la pregunta que la mayoría a veces puede decirle a la gente que no le gusta su comportamiento, sumándole a esto también representativo que nunca lo hace. Las personas inhibidas socialmente están muy preocupadas por agradar a todo el mundo. No dicen lo que piensan, no hablan sobre el comportamiento que les desagradan, no dicen lo que sienten, lo que necesitan. Siempre están intentando apaciguar a los demás para evitar posibles problemas o conflictos, experimentando mucha ansiedad interpersonal. (Esperanza Dongil, Antonio Cano, 2014).

Tabla 16 Puedo mantener contacto visual cuando expreso mis sentimientos y pensamientos

	<i>f</i>	%
Siempre	8	28.57%
A veces	20	71.43%
Nunca	0	0%
Total	28	100%

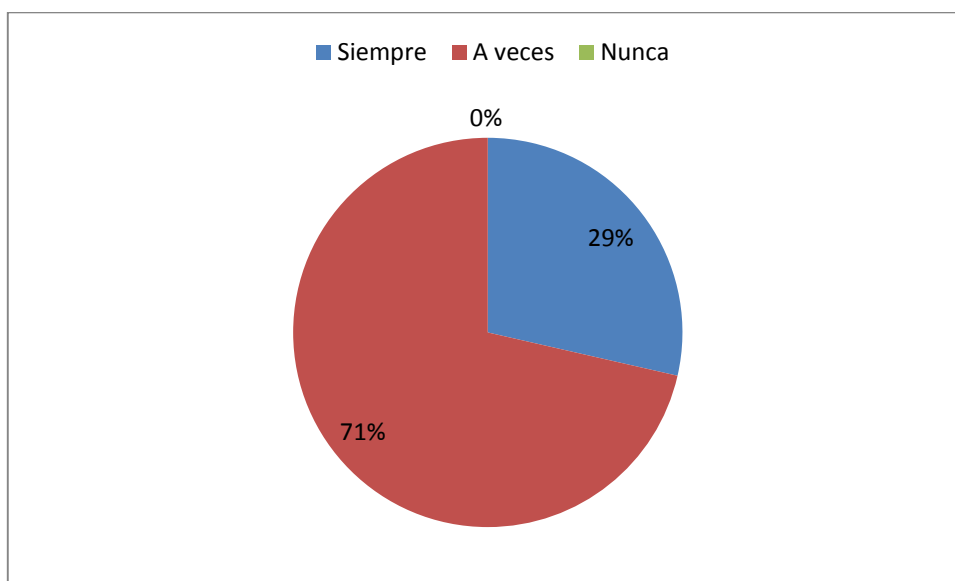


Gráfico 15 Contacto visual

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

La mayoría de los padres de familia encuestados manifiestan que solo a veces puede mantener contacto visual cuando se expresan hacia los demás. Mantener el contacto visual al hablar en público o mientras se dirige a otra persona permitirá construir la confianza, captar el interés, conocer la reacción del público y recibir estímulos positivos de parte de la persona a quien nos dirigimos. (Mónica Álvarez, María Becerra, Fabiola Meneses, 2011).

Tabla 17 Cuando me enfado puedo expresarme sin demostrar irritación o decepción.

	<i>f</i>	%
Siempre	3	10.71%
A veces	20	71.43%
Nunca	5	17.86%
Total	28	100%

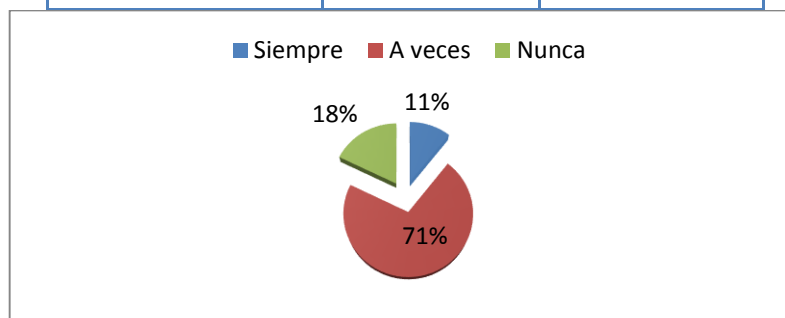


Gráfico 16 Enfadado

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se evidencia en este ítem que las personas pueden expresarse sin demostrar irritación o enfado a veces, es decir que existe por porcentaje elevado que está representado por la mayoría que no lo hace. La ira o irritación es una emoción primaria negativa que se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen un control externo o coacción sobre nuestro comportamiento, personas que nos afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales consideramos que se producen tratamientos injustos y el bloqueo de metas, produciendo efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, para solucionar de forma activa la situación problemática. Se aprecia como una experiencia aversiva, desagradable e intensa.(Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J., 2013).

Tabla 18 Puedo dar una aclaración sin dificultad

	<i>f</i>	%
Siempre	12	42.86%
A veces	15	53.57%
Nunca	1	3.57%
Total	28	100%

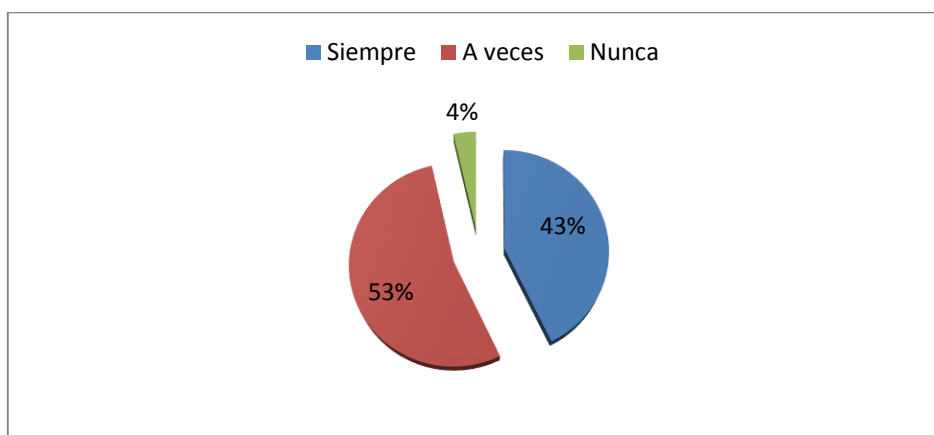


Gráfico 17 Dificultad

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem podemos observar que la mayoría a veces se les dificulta dar explicaciones a otras personas, Las personas que se llevan y se expresan bien con los demás tienen buenas habilidades para la convivencia. Estas habilidades se desarrollan cuando las personas se relacionan unas con otras, aprenden cómo son consigo y toman en cuenta los sentimientos de los demás, de esta forma es más fácil dirigirse a otras personas sin dificultad.(López A. , 2010).

Tabla 19 Puedo pedir ayuda o información a los demás

	<i>f</i>	%
Siempre	12	42.86%
A veces	14	50%
Nunca	2	7.14%
Total	28	100%

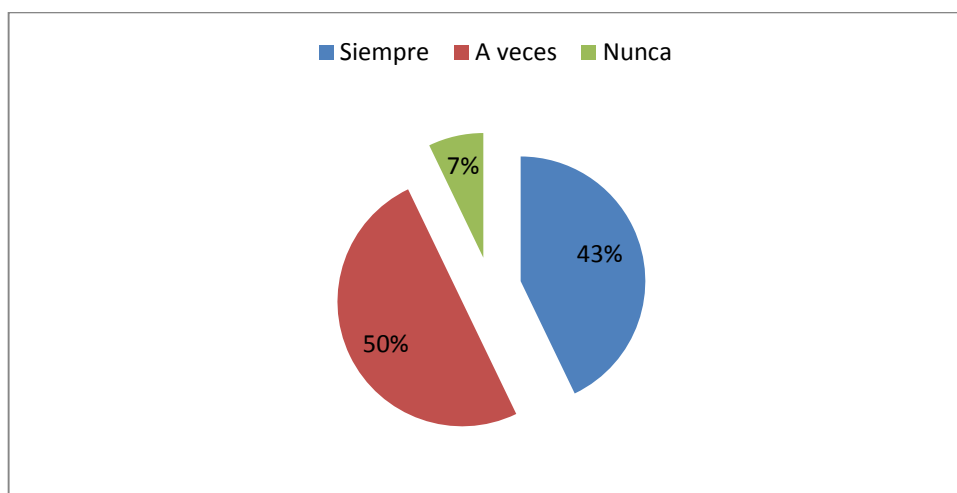


Gráfico 18 Información a los demás

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que la mitad de las personas encuestadas manifiestan que a veces pueden pedir ayuda, sin embargo también existe un número representativo que refiere que no tiene dificultad al hacerlo. Saber pedir ayuda servirá para que los demás conozcan lo que tú necesitas, mediante ello se puede resolver más fácilmente los problemas que se pueden suscitar por falta de conocimiento y que a su vez permite establecer mejores relaciones con la gente que te rodea.

Tabla 20 Disfruto entablado conversación con conocidos o extraños

	<i>f</i>	%
Siempre	9	32.14%
A veces	16	57.14%
Nunca	3	10.72%
Total	28	100%

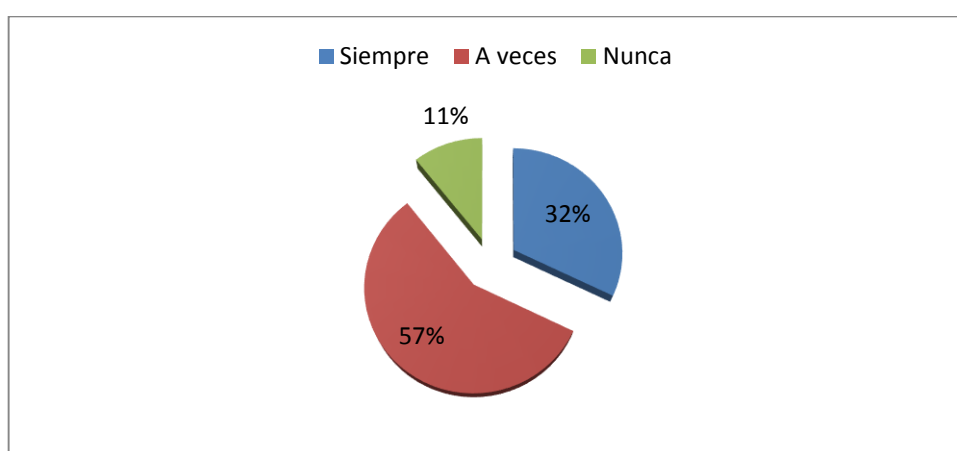


Gráfico 19 Conversación con extraños

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.

Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En esta representación podemos decir que la mayoría manifiesta que a veces disfruta mantener conversaciones con externos, a eso se suma una minoría que no disfruta entablar dialogo con otras personas. El principal medio para comunicarnos es a través de la palabra, o lo que conocemos como conversación. La conversación nos permite establecer relaciones con otras personas, transmitir información, compartir sentimientos, puntos de vista y experiencia; hay personas con las que resulta muy agradable estar y conversar. Con otras en cambio, nos sentimos incómodas, incomprendidas, vacías. Suelen ser personas que no nos transmiten nada, con las que nos aburrirnos, no tenemos temas de conversación.

Tabla 21 He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tontos

	<i>f</i>	%
Siempre	7	25%
A veces	21	75%
Nunca	0	0%
Total	28	100%

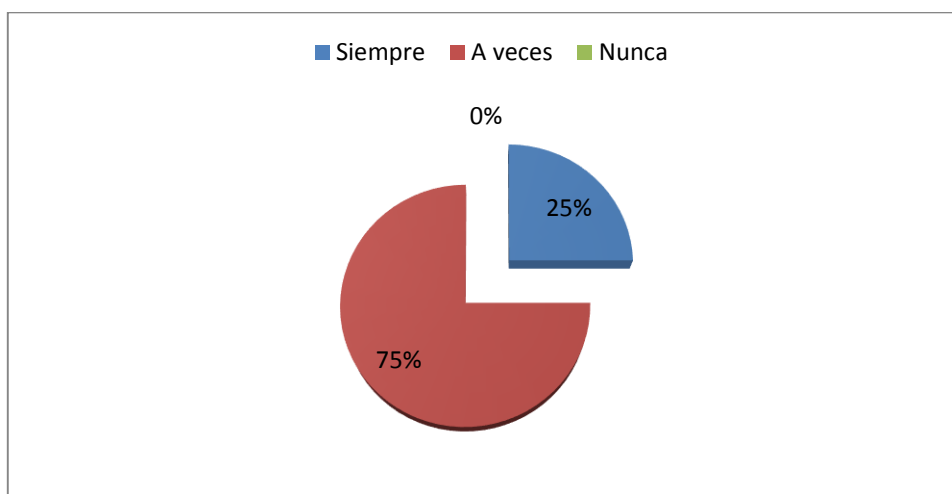


Gráfico 20 Evitar preguntar

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.

Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que existe un porcentaje elevado hecho que manifiesta que a veces evita hacer preguntas por miedo a quedar mal. Estos temores se ponen de manifiesto en una serie de pensamientos negativos frecuentes que impiden concentrarse en lo que se quiere expresar. Ejemplos típicos pueden ser los siguientes: “Si hablo, quedaré en ridículo”, “diré cosas sin sentido”, “van a criticar todo lo que yo diga”, “meteré la pata”, “seguro que no les interesa lo que voy a decir, hecho que se maneja con la práctica diaria y continua mejorando la comunicación.(López A. B., 2012).

Tabla 22 Soy abierto y franco cuando me piden explicaciones

	<i>f</i>	%
Siempre	10	35.71%
A veces	14	50%
Nunca	4	14.29%
Total	28	100%

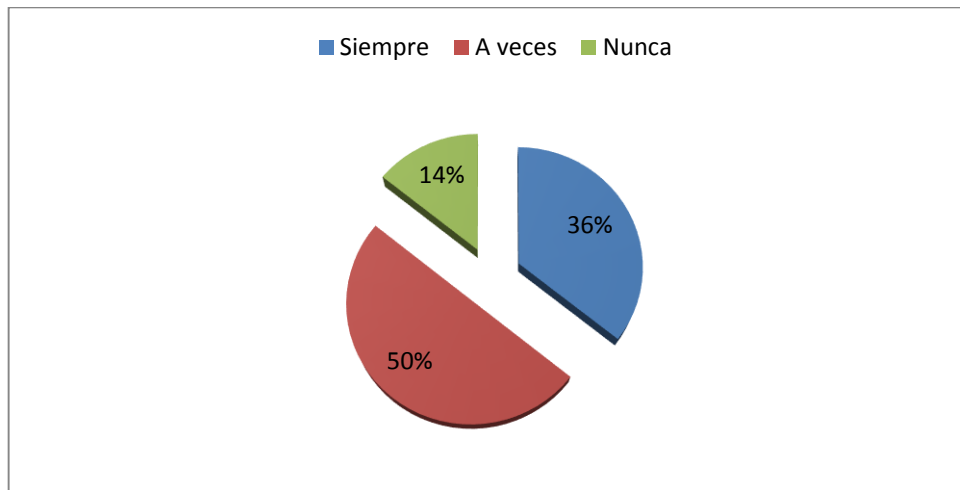


Gráfico 21 Franqueza

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

La mitad de las personas manifiesta que solo a veces son abiertos s y francos cuando piden explicaciones, sumando a esto una minoría que nunca lo es, dicho porcentaje hace referencia a 18 personas que presentan dificultad en este ítem. La comunicación es un proceso básico para la supervivencia de cualquier organismo, todos los seres humano en sus aspectos biológico y social dependen de procesos de intercambio de información con su medio, así brindar criterios o explicaciones referentes a determinado tema permiten un desarrollo personal que mejoran las habilidades sociales de cada individuo.(Velasco, 2013).

Tabla 23 Expreso mis opiniones con facilidad

	<i>f</i>	%
Siempre	10	35.72%
A veces	15	53.57%
Nunca	3	10.71%
Total	28	100%

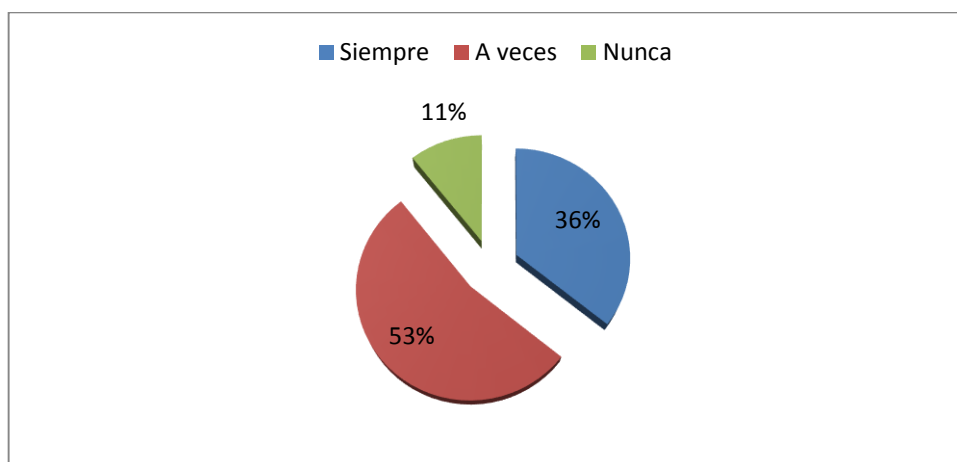


Gráfico 22 Opiniones

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

La mayoría de los padres de familia encuestados manifiestan que a veces expresan sus opiniones con facilidad es decir 15 personas asumiéndose como más de la mitad del total. Para relacionarse bien, humanamente, con los demás se necesita tener valores; es decir, apreciar o considerar a los demás, la sinceridad, el respeto, la justicia son base fundamental de la comunicación y la relación interpersonal será mucho mejor y más satisfactoria para todos es decir, es una persona con la que se puede contar en cualquier momento determinado, con quien la relación interpersonal se hace humana y verdadera, hasta niveles muy profundos.(Morales, 2010).

Tabla 24 Hay ocasiones en que soy incapaz de hablar

	<i>f</i>	%
Siempre	5	17.86%
A veces	18	64.28%
Nunca	5	17.86%
Total	28	100%

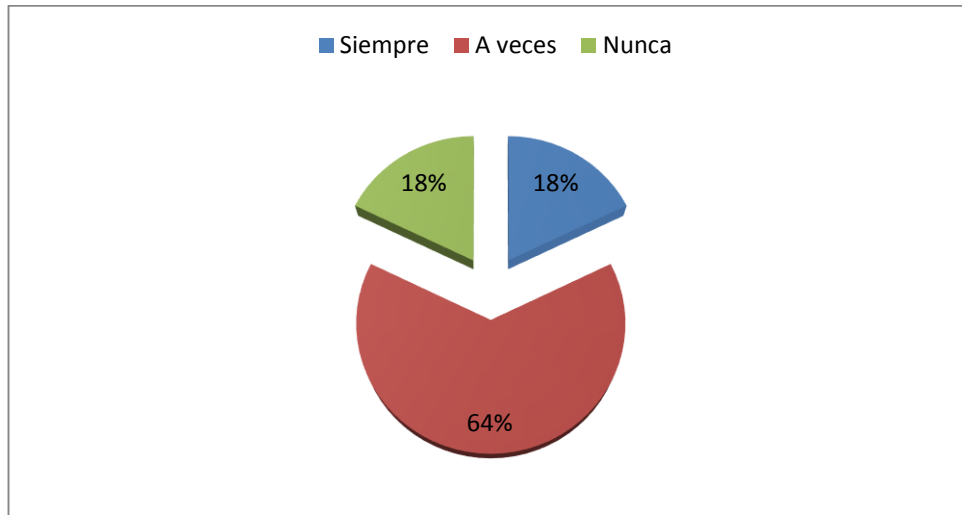


Gráfico 23 Incapaz de hablar

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Mayo 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

La mayoría de los padres de familia encuestados responden que a veces son incapaces de hablar o transmitir un mensaje de manera adecuada. En nuestro medio necesitamos transmitir información y por eso la comunicación es tan importante, cuando transmitimos información lo hacemos de varias formas. La más habitual es a través de la palabra, ya sea oral o escrita, la incapacidad de hablar interfiere relacionarnos de forma adecuada con los demás, tanto en el ámbito profesional como el personal. (Noboa, 2011).

Resultados e interpretación del re-test

Cuestionario a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos

Tabla 25 Usted está de acuerdo en que sus hijos/as reciban información sobre sexualidad

	<i>f</i>	%
SI	18	100%
NO	0	0%
TOTAL	18	100%

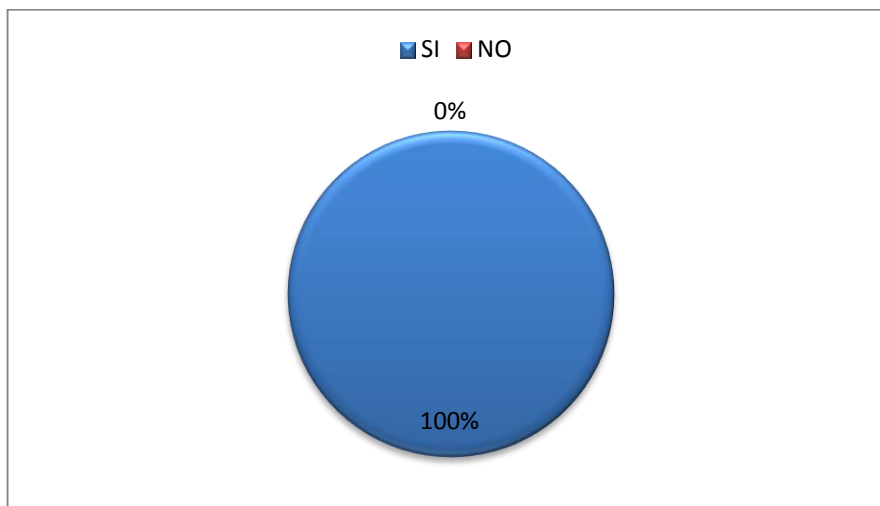


Gráfico 24 Recibir información sobre sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. *Elaborado por:* Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Después de la intervención impartida a 18 padres de familia se pudo evidenciar que si están de acuerdo en que sus hijos reciban información sobre sexualidad, es decir que su totalidad está a favor en la pregunta. De esta forma podemos observar que si existió un cambio porque anteriormente existía un porcentaje relevante que no estaba de acuerdo.

Tabla 26 Se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos

	<i>f</i>	%
SI	3	16.67%
NO	15	83.33%
TOTAL	18	100%

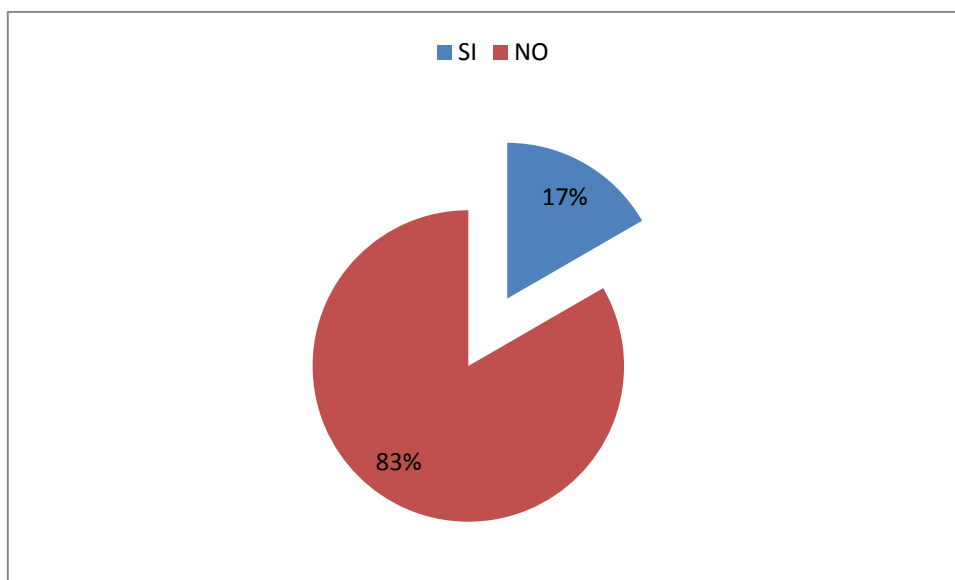


Gráfico 25 Hablar sobre sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. *Elaborado por:* Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

En este ítem los padres de familia refieren que ya no se les dificulta hablar con sus hijos, es decir comparado con la aplicación anterior si hay un cambio representado por la mayoría, es decir 15 personas ya no tienen dificultad al hablar sobre sexualidad con sus hijos.

Tabla 27 Ha buscado información para hablar de sexualidad con sus hijos/as

	<i>f</i>	%
SI	15	83.33%
NO	3	16.67%
TOTAL	18	100%

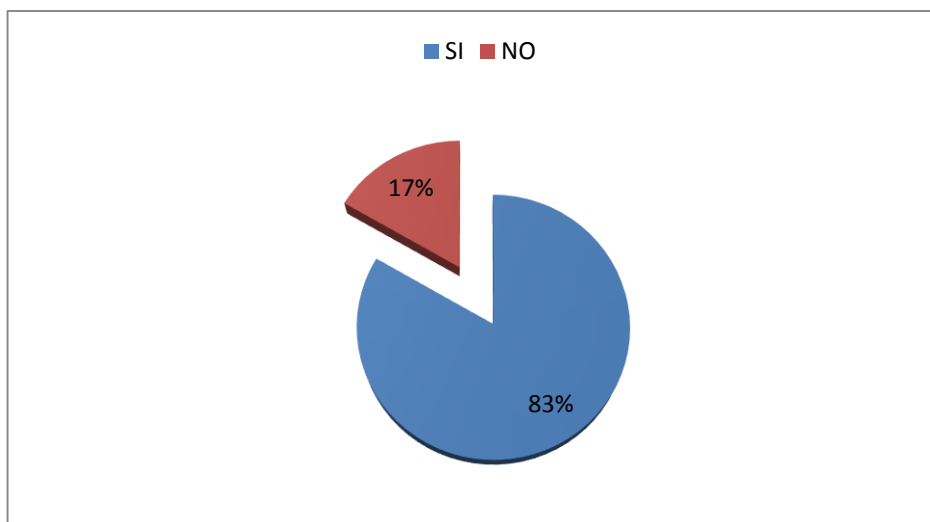


Gráfico 26 Hablar sobre sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos.
Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

En este ítem se ha evidenciado cambios positivos, existe una mayoría de padres de familia que manifiestan que ahora ya tratar de buscar información de sexualidad para sus hijos, dicha mayoría está representado por 15 personas dentro de la población total.

Tabla 28 Su comunicación es adecuada y paciente al hablar con su hijo/a de sexualidad.

	<i>f</i>	%
SI	18	100%
NO	0	0%
TOTAL	18	100%

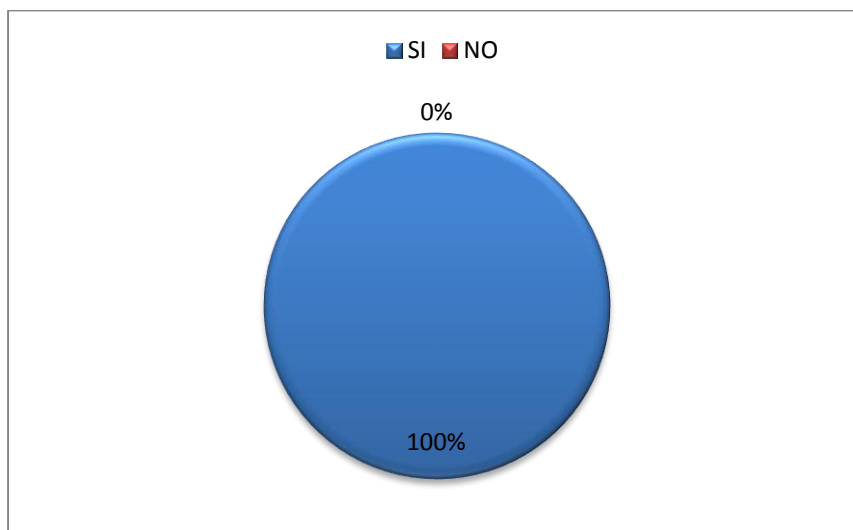


Gráfico 27 Comunicación

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Posterior a la aplicación del post test se puede determinar que la totalidad de los padres de familia manifiestan que la comunicación ha mejorado notablemente en el núcleo familiar, esto quiero decir que los canales de comunicación han sido fortalecidos mejorando los vínculos paternos.

Tabla 29 Ha hablado con facilidad cuando su hijo/a cuando ha tenido inquietudes sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
SI	15	83.33%
NO	3	16.67%
TOTAL	18	100%

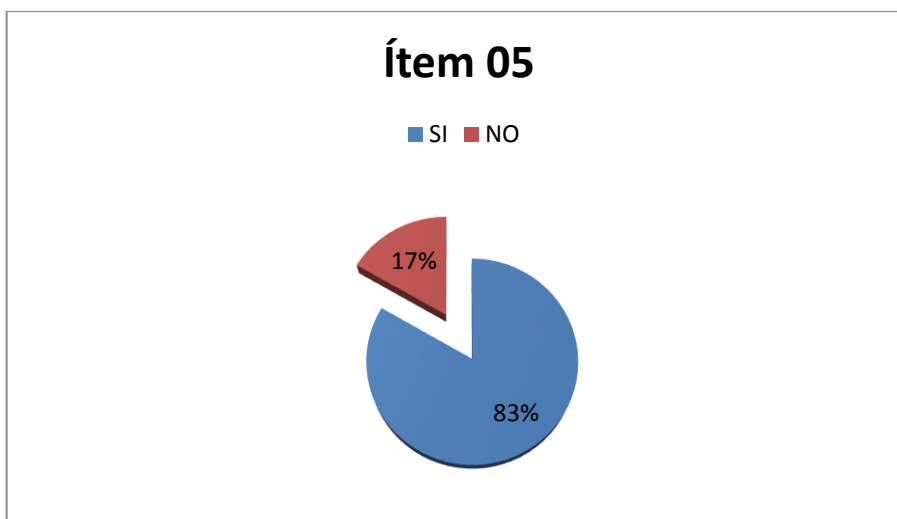


Gráfico 28 Hablar sobre sexualidad padres

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos.
Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Después de las primeras intervenciones ya se evidenciaron cambios positivos reflejados en que la mayoría, es decir 15 del total de 18 personas ya no presentan dificultad al dirigirse hacia sus hijos, las barreras de comunicación han disminuido notablemente mejorando su diálogo.

Tabla 30 Cree usted que está capacitado para hablar sobre sexualidad con su hijo.

	<i>f</i>	%
SI	16	88.89%
NO	2	11.11%
TOTAL	18	100%

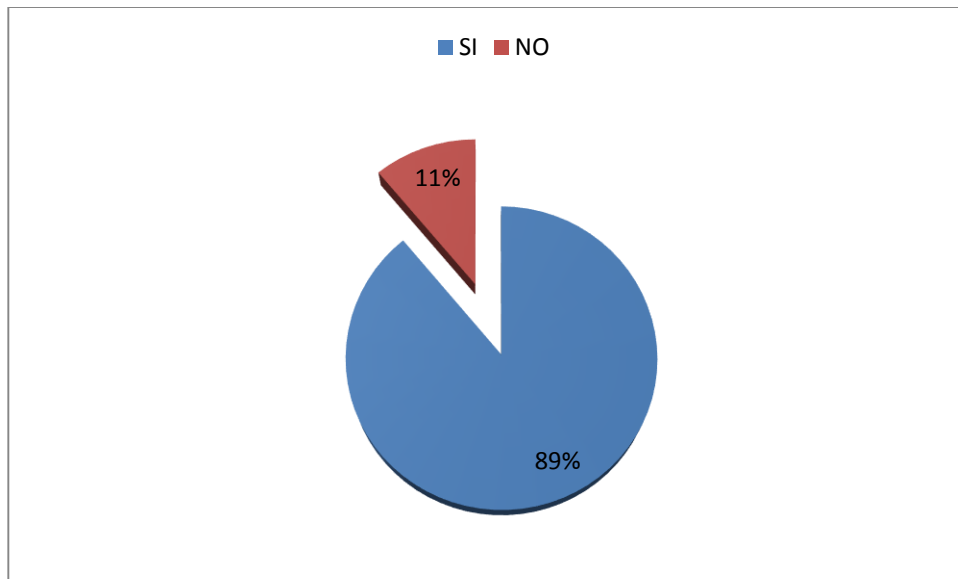


Gráfico 29 Capacidad para hablar

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia encuestados que están representados por 16 personas mencionan que su proceso de capacitación va mejorando a partir de las intervenciones realizadas, hecho que ha permitido que los padres investiguen y adquieran información autónoma sin tabúes ni limitaciones respecto al tema.

Tabla 31 Cómo ha manejado las manifestaciones sexuales que tiene su hijo (masturbación)

	<i>f</i>	%
POSITIVAMENTE	14	77.78%
NEGATIVAMENTE	4	22.22%
TOTAL	18	100%

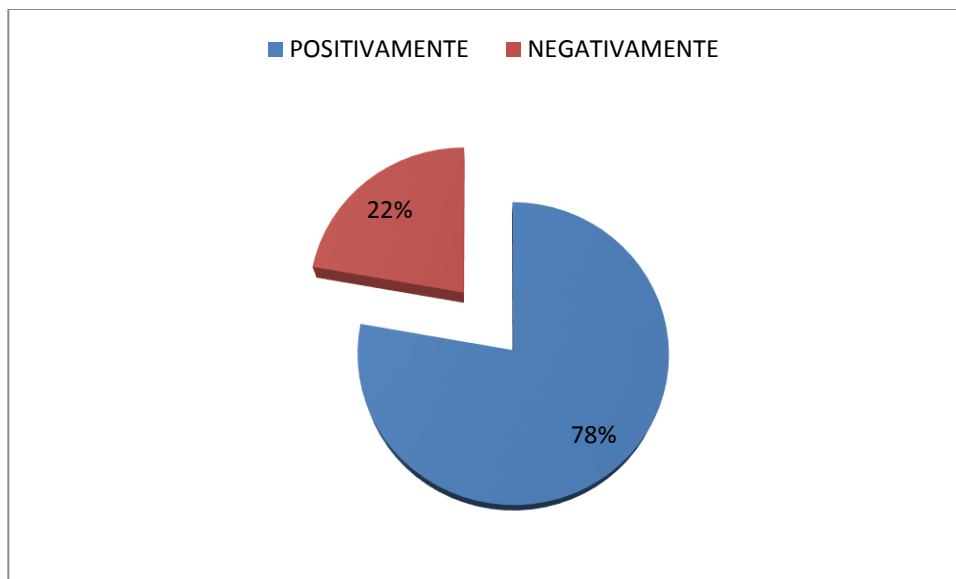


Gráfico 30 Manejo de manifestaciones sexuales

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia asumen que en la actualidad tratan de manejar con toda la serenidad posible las manifestaciones puberales sin entrar en enojo por dichas acciones que tienen sus hijos, evitando rechazo o asombro ante la situaciones que son propias de los seres humanos.

Tabla 32 Cómo ha manejado los cambios puberales en su hijo/a (menarquia- espermarquia)

	<i>f</i>	%
CON DIFICULTAD	0	0%
SIN DIFICULTAD	18	100%
TOTAL	18	100%



Gráfico 31 Cambios puberales

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia ahora tratan la menarquía en sus hijas de forma positiva, denotando una actitud comprensiva, empática y tolerante por parte de ellos considerando que es algo normal y parte del desarrollo humano.

Tabla 33 Considera que es importante hablar de sexualidad con sus hijos

	<i>f</i>	%
SI	18	100%
NO	0	0%
TOTAL	18	100%

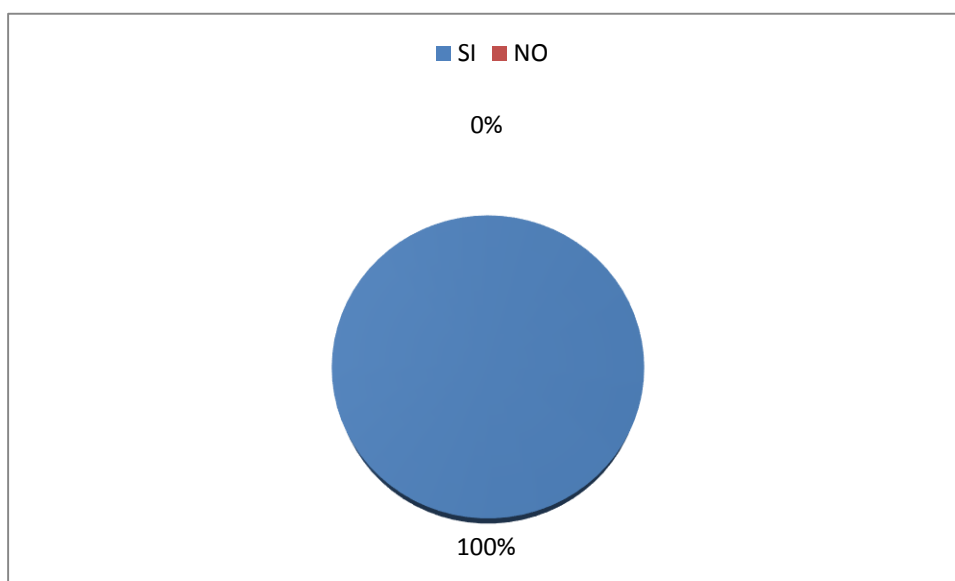


Gráfico 32 Importancia de la sexualidad

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La mayoría de los padres de familia encuestados manifiestan que es importante hablar sobre sexualidad con sus hijos, partiendo de ello se puede comparar con la aplicación anterior donde se observó los mismos resultados.

Tabla 34 De quién cree que su hijo debería recibir o escuchar información sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
FAMILIA	18	100%
SOCIEDAD	0	0%
NADIE	0	0%
TOTAL	18	100%

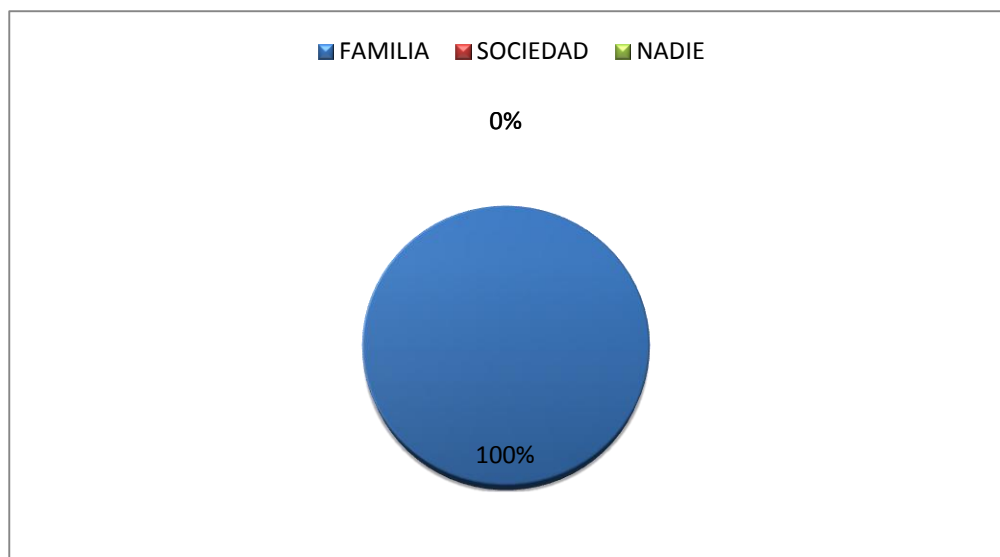


Gráfico 33 Recibir información

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Se evidencia el mismo resultado de la aplicación anterior es decir que la totalidad de los padres de familia refieren que la información dirigida a sus hijos debe ser impartida por quienes conforman el núcleo familiar.

Tabla 35Cuál es su reacción cuando se toman temas sobre sexualidad.

	<i>f</i>	%
ES ABIERTO	12	66.67%
DESVIA LA CONVERSACION	6	33.33%
SE MOLESTA	0	0%
TOTAL	18	100%

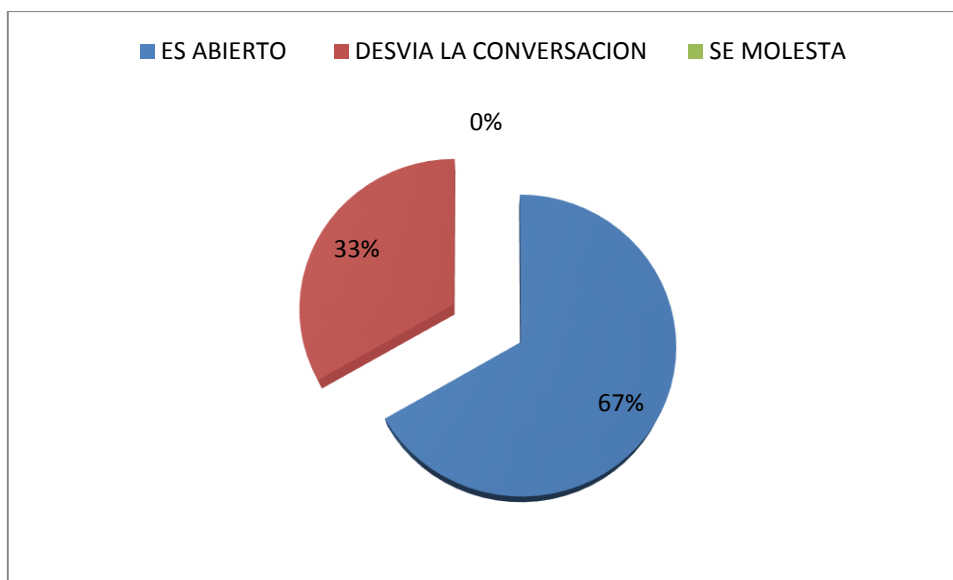


Gráfico 34 Tipo de conversación

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos. Julio 2016. *Elaborado por:* Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

Aún existe un número mínimo de padres de familia que desvían los temas de sexualidad pero comparado con la aplicación anterior ya existe un cambio positivo que asume hablar estos temas con naturalidad sin mostrar actitudes negativas.

Tabla 36 En su adolescencia sus padres le brindaron información sobre sexualidad

	<i>f</i>	%
SI	0	0%
NO	18	100%
TOTAL	18	100%

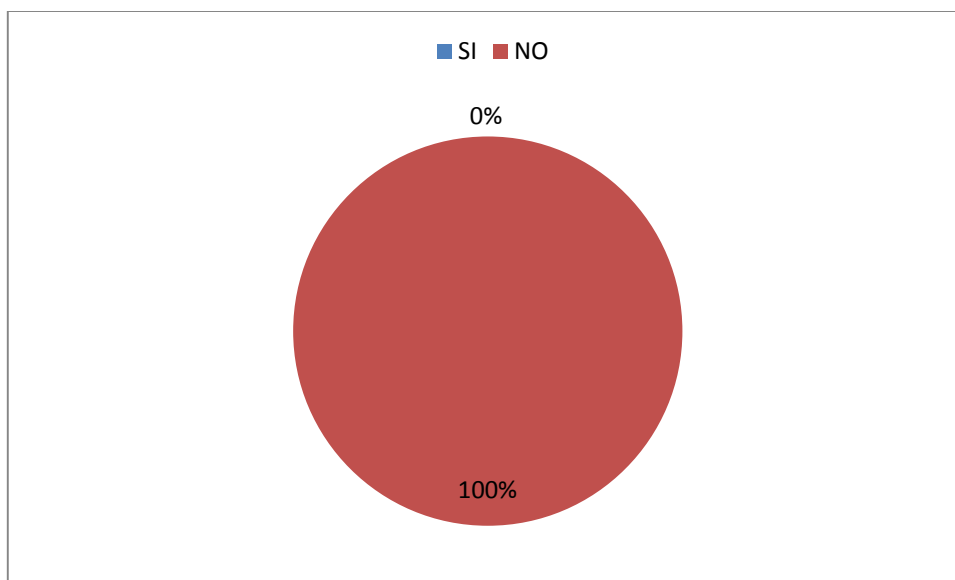


Gráfico 35 Sexualidad en padres

Fuente: Encuesta a Madres/Padres sobre sexualidad hacia sus hijos.
Julio 2016. **Elaborado por:** Guamán Navarrete Johanna E

Análisis:

La totalidad de las personas encuestadas manifiestan que en su adolescencia no recibieron información sobre sexualidad. Este ítem se encuentra los mismos resultados sin ningún tipo de modificación.

Cuestionario de Asertividad

Tabla 37 Puedo expresar mis sentimientos abiertamente

	<i>f</i>	%
Siempre	10	55.56%
A veces	8	44.44%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

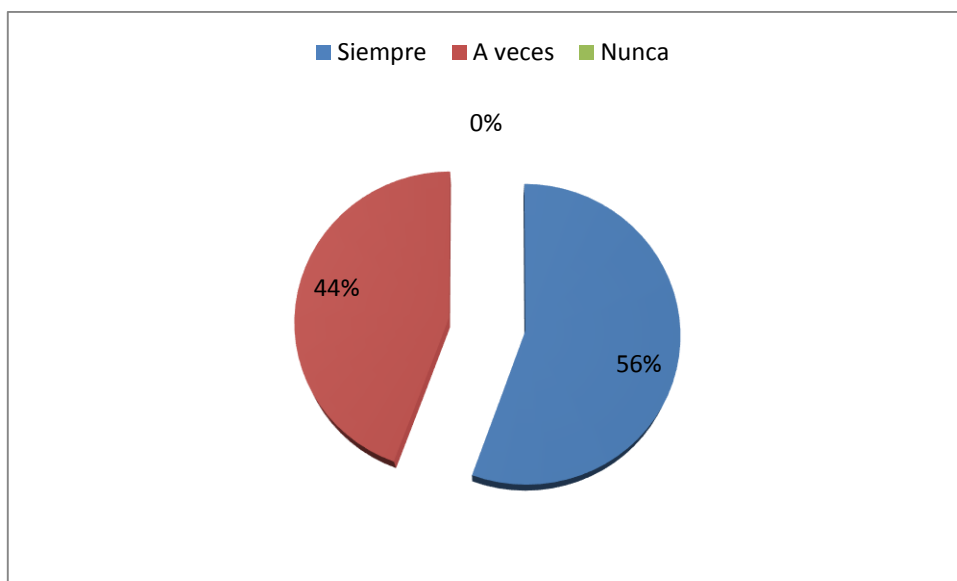


Gráfico 36 Sentimientos

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Al realizar la aplicación de post test se puede evidenciar que existe un cambio notorio referente a como la gente maneja su asertividad así existe un porcentaje representativo que manifiesta que si pueden expresar sus sentimientos de manera positiva, siendo capaces de expresar los sentimientos, opiniones, y criterios en diferentes contextos o situaciones.

Tabla 38 Puede decirle a la gente que no me gusta su comportamiento

	<i>f</i>	%
Siempre	10	55.56%
A veces	6	33.33%
Nunca	2	11.11%
Total	18	100%

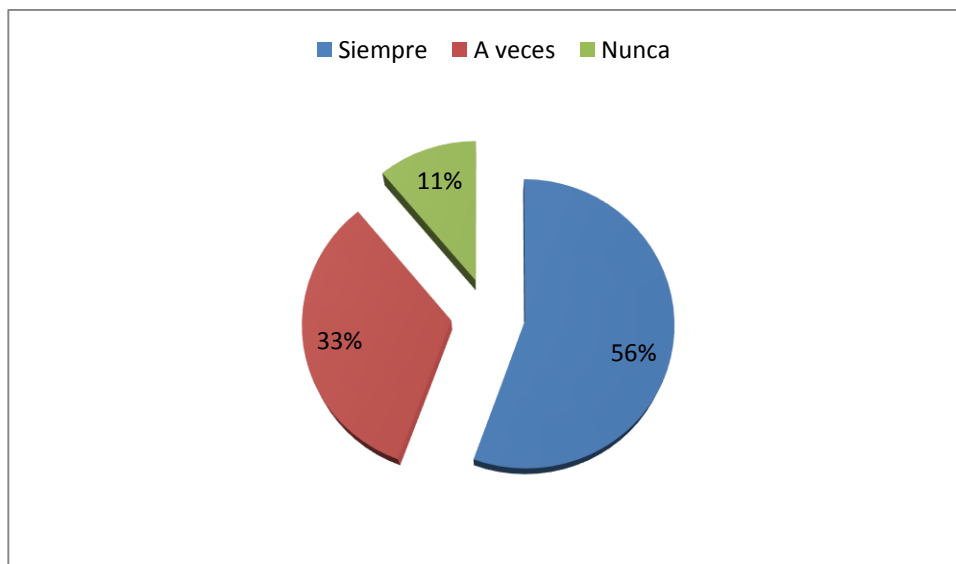


Gráfico 37 Hablar sobre el comportamiento

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede evidenciar que a comparación de la primera aplicación existe un cambio debido a que los índices actuales demuestran en este ítem que la mayoría a veces puede decirle a la gente que no le gusta su comportamiento, sumándole un minoría que siempre lo hace, esto quiere decir que probablemente se está tratando de combatir la inhibición existente en la comunicación.

Tabla 39 Puedo mantener contacto visual cuando expreso mis sentimientos y pensamientos

	<i>f</i>	%
Siempre	12	66.67%
A veces	6	33.33%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

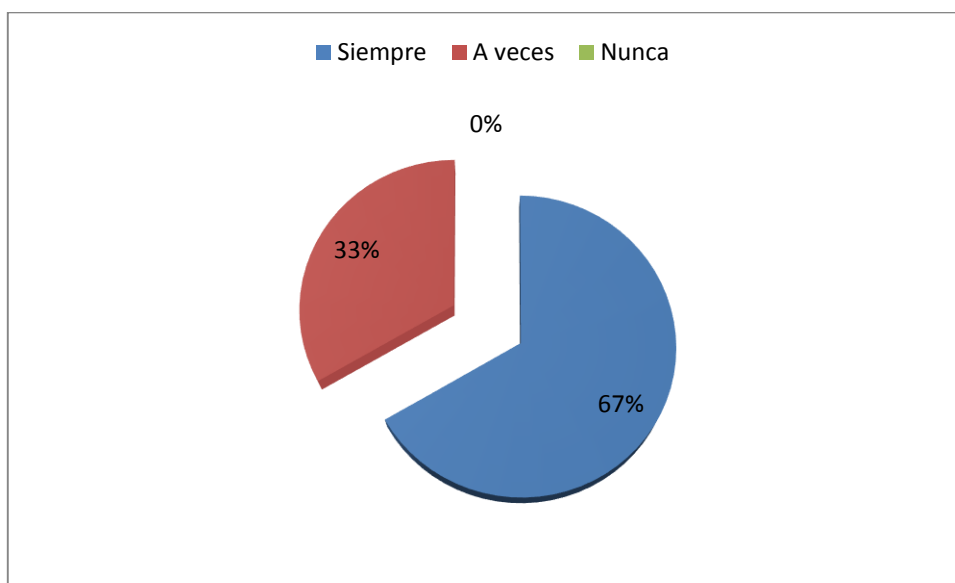


Gráfico 38 Abierto

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En base a la aplicación anterior se puede observar que existe un cambio relativo, porque las personas encuestadas manifiestan que tratan de mantener contacto visual al dialogar esto se ve reflejado en una mayoría que lo hacen y un porcentaje menor que a veces lo hacen esto permitió construir la confianza, captar el interés y conocer a quienes se dirigen.

Tabla 40 Cuando me enfado puedo expresarme sin demostrar irritación o decepción.

	<i>f</i>	%
Siempre	10	55.56%
A veces	6	33.33%
Nunca	2	11.11%
Total	18	100%

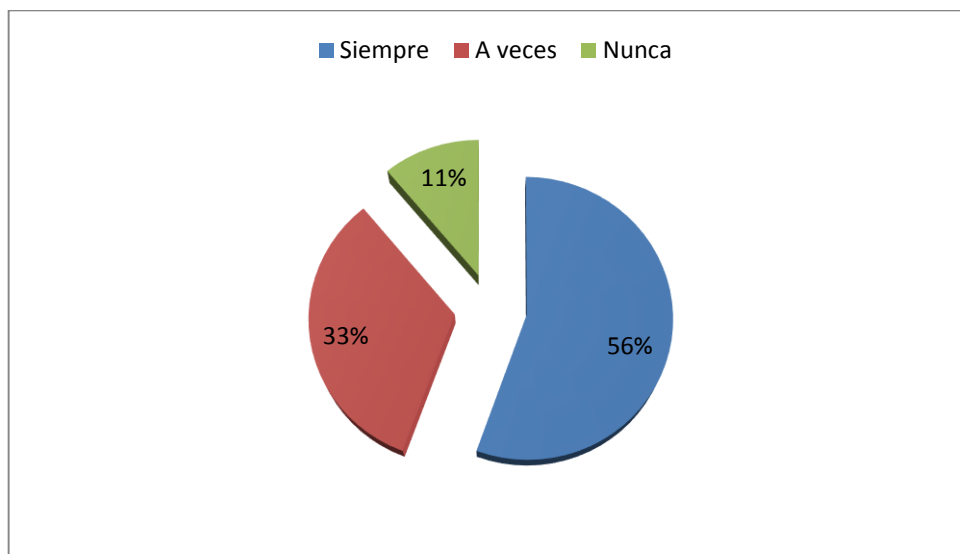


Gráfico 39 Expresar sentimientos

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En comparación con la aplicación anterior se evidencia en este post test que las personas pueden expresarse mejor sin demostrar irritación o enfado puesto que existe por un porcentaje representativo, es decir que la mayoría siempre lo hace, mas una minoría que a veces lo hace, evitando ira o irritación al expresarse en algo que tal vez no sea encuentran de acuerdo.

Tabla 41 Puedo dar una aclaración sin dificultad

	<i>f</i>	%
Siempre	12	66.67%
A veces	6	33.33%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

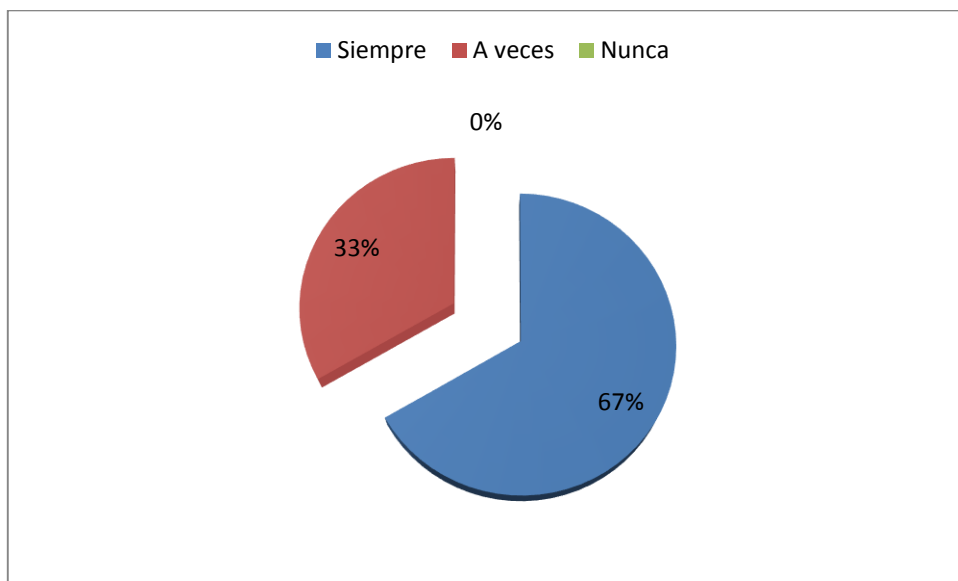


Gráfico 40 Aclarar

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

En este ítem podemos observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refieren que pueden brindar aclaraciones sin dificultad, representado por una mayoría que siempre lo hace y una minoría que a veces lo hace, además manifiestan que sus habilidades sociales han mejorado.

Tabla 42 Puedo pedir ayuda o información a los demás

	<i>f</i>	%
Siempre	8	44.44%
A veces	10	55.56%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

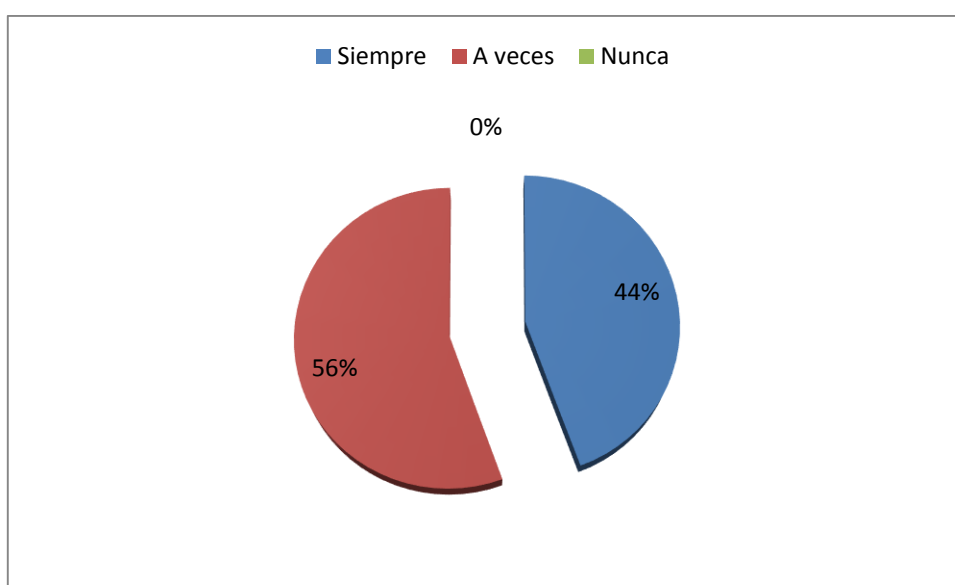


Gráfico 41 Información y ayuda

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refieren que la mayoría de personas pueden pedir ayuda o información sin complicaciones, sumado a esto una minoría que siempre lo hace, esto ha permitido mejorar sus capacidades asertivas que se evidencian en la actualidad.

Tabla 43 Disfruto entablado conversación con conocidos o extraños

	<i>f</i>	%
Siempre	12	66.67%
A veces	6	33.33%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

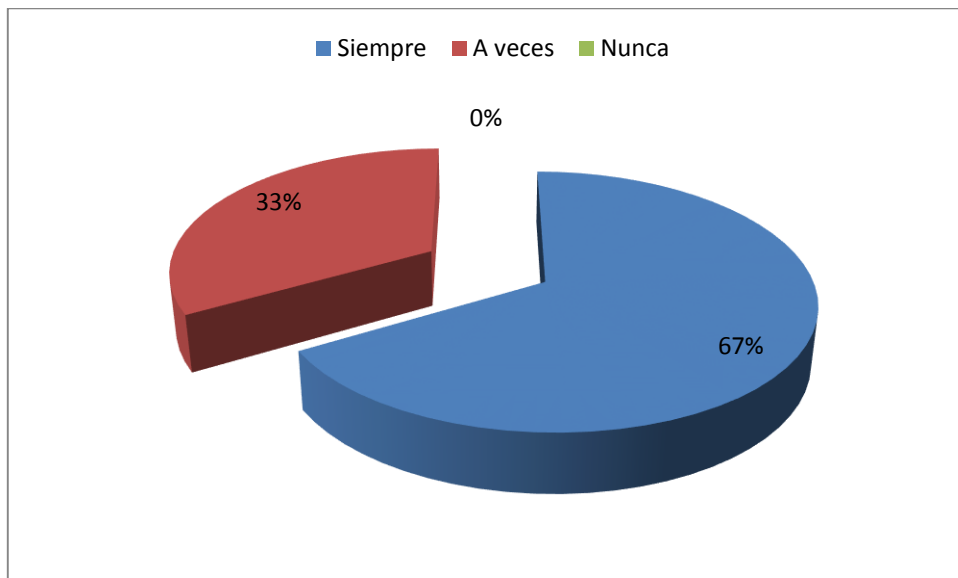


Gráfico 42 Conversación extraños

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refiere una minoría que a veces puede entablar conversaciones con extraños, sumado a esto una mayoría que siempre lo hace, esto permite establecer vínculos de contacto que generan confianza en los individuos para dirigirse a los demás.

Tabla 44 He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tontos

	<i>f</i>	%
Siempre	0	0%
A veces	18	100%
Nunca	0	0%
Total	18	100%



Gráfico 43 Preguntas por miedo

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refieren que la mayoría de personas pueden dirigirse de manera adecuada de esta forma pueden expresar inquietudes e interrogantes a otras personas sin dificultad.

Tabla 45 Soy abierto y franco cuando me piden explicaciones

	<i>f</i>	%
Siempre	14	77.78%
A veces	4	22.22%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

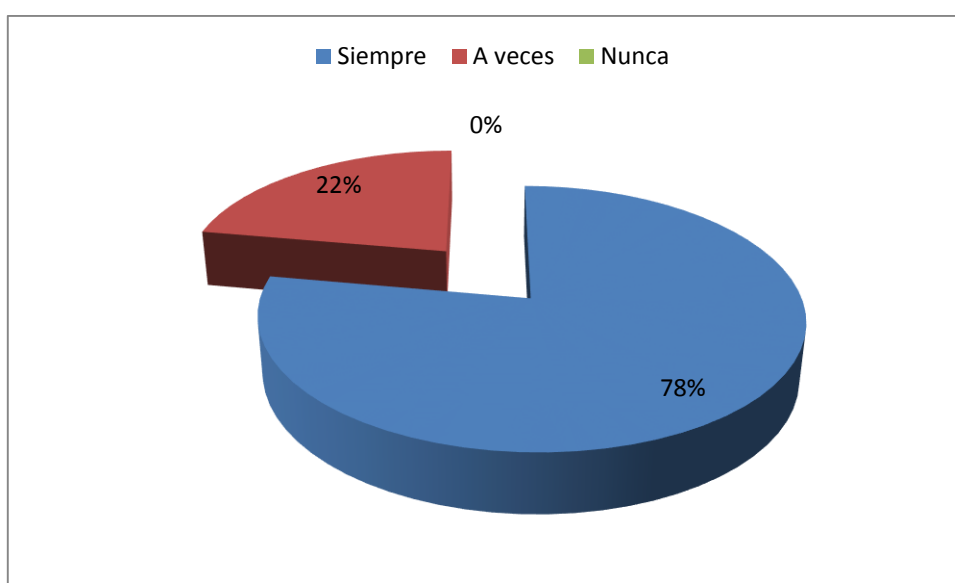


Gráfico 44 Abierto y franco

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refieren que una mayoría es decir 14 padres de familia pueden ser abiertos y francos cuando se requiere alguna explicación a esto se suma una minoría que manifiesta que a veces lo hacen mediante ello podemos asumir que se han mejorado vínculos interpersonales.

Tabla 46 Expreso mis opiniones con facilidad

	<i>f</i>	%
Siempre	11	61.11%
A veces	7	38.89%
Nunca	0	0%
Total	18	100%

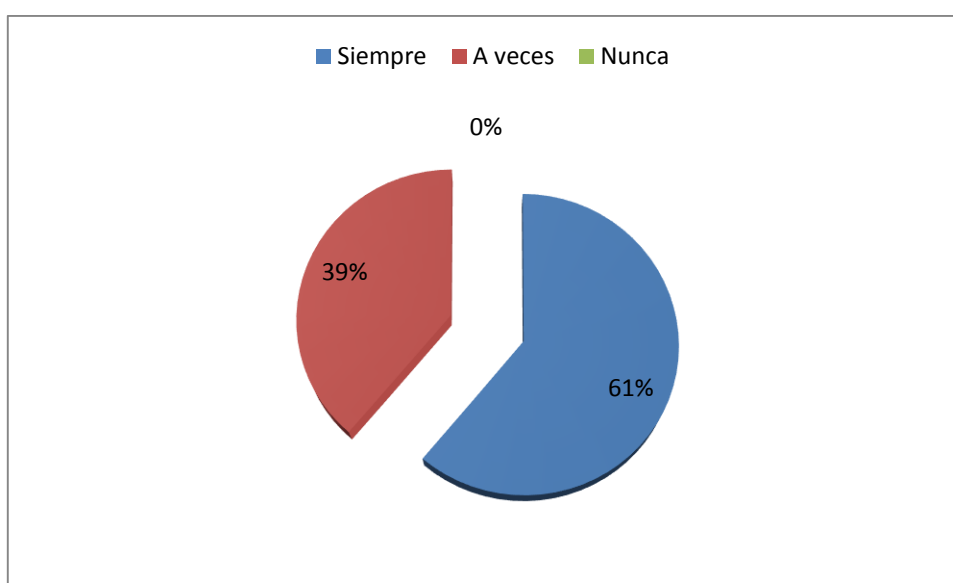


Gráfico 45 Expresión de opiniones

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas manifiestan que la mayoría es decir 11 padres de familia pueden expresar sus opiniones con facilidad más una minoría es decir 7 personas que siempre lo hacen, mejorando sus canales de comunicación.

Tabla 47 Hay ocasiones en que soy incapaz de hablar

	<i>f</i>	%
Siempre	0	0%
A veces	8	44.44%
Nunca	10	55.56%
Total	18	100%

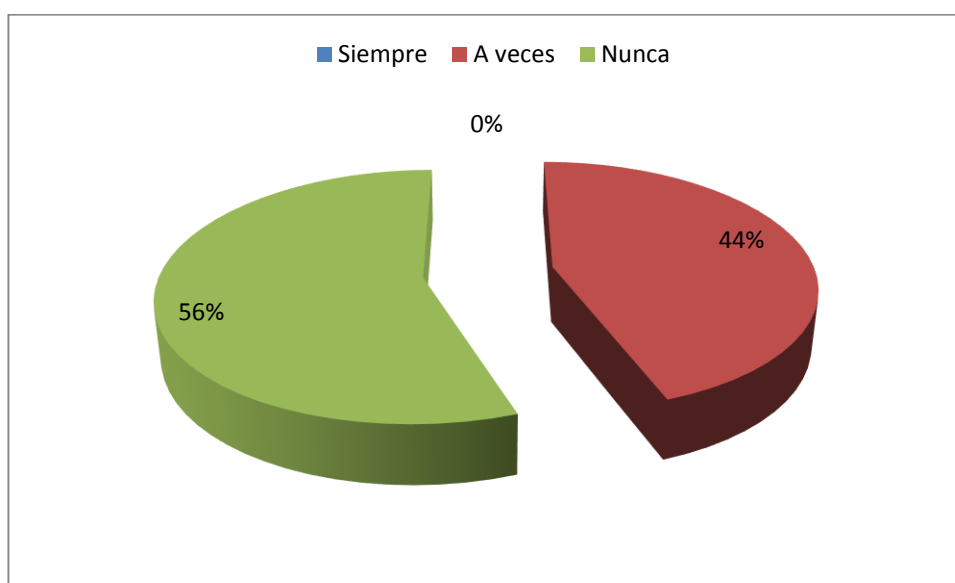


Gráfico 46 Incapaz de hablar

Fuente: Cuestionario de Asertividad, Julio 2016.
Elaborado por: Guamán Navarrete Johanna E.

Análisis:

Se puede observar que a partir de la aplicación del post test las personas encuestadas refieren que la mayoría equivalente a 10 personas pueden hablar sin dificultad expresando sus ideas, pensamientos y criterios de forma adecuada, más una minoría que a veces lo hace, mejorando los canales de comunicación.

CAPÍTULO V

5 Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Con la investigación se determinó que la aplicación de la terapia asertiva y explicativa mejora la comprensión y aprendizaje de los padres de familia, eliminando dudas, mitos y creencias dando apertura a nuevos criterios y pensamientos en base a un dialogo y orientación adecuado sin limitaciones ni restricciones.
- Durante el proceso de los talleres se pudo observar una aceptación positiva, contribuyendo positivamente en los padres de familia e hijos mejorando su comunicación y relaciones interpersonales, lo cual facilito las intervenciones realizadas, hecho que se muestra reflejado en la aplicación del pre-test y el post-test.
- Se manifiesta que los padres de familia presentaban falencias desencadenadas por la falta de información y conocimiento, el mayor índice se manifestaba al no saber como dirigirse hacia sus hijos por su condición pese a que recibían charlas en instituciones educativas.
- Se pudo evidenciar que existió una deserción de los padres de familia al iniciar las intervenciones representado por una minoría de personas, hecho que no afecto la ejecución de los talleres programados culminando el proceso de manera positiva.

5.2 Recomendaciones

- Se sugiere al Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública a generar grupos de apoyo donde los padres de familia puedan hablar sobre sus experiencias como padres de adolescentes con discapacidad intelectual y puedan permanecer en constantes capacitaciones para informarse del estado actual de lo que es la discapacidad intelectual y el manejo adecuado de cómo viven su sexualidad.
- Es recomendable que los estudiantes de la Universidad Técnica del Norte de la carrera de Psicología General puedan continuar con nuevas investigaciones donde se incluyan temas de discapacidad y sexualidad.
- Para futuras intervenciones es necesaria la participación de padre y madre no solo la persona a cargo del adolescente con discapacidad así se lograría un mejor acoplamiento en el núcleo familiar, la formación de los hijos está determinada desde el hogar en base a la comunicación, por ello es necesario que se manejen canales apropiados que permiten una mejor relación entre sus pares.

CAPÍTULO VI

6 Propuesta Alternativa

6.1 Estructura y Alcance

La propuesta de intervención tiene básicamente tres fases: en la primera está la planificación de la intervención, la segunda la intervención en sí y la tercera es la comprobación de avances de resultados sobre la base de la aplicación de un pos-test.

El alcance de intervención de la propuesta está planteado y será ejecutada básicamente en padres de adolescentes con discapacidad intelectual (retraso mental leve y moderado) quienes evidencian falta de información y conocimiento para abordar el tema de sexualidad con sus hijos/as, dicho grupo está representado por 13 padres de familia del Centro de Rehabilitación Integral Ibarra.

6.2 Título de la propuesta

“Intervención en Padres de Familia de adolescentes con retraso mental leve y moderado para abordaje de la sexualidad en los hijos/as mediante talleres de terapia explicativa y técnicas de asertividad”.

6.3 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:

Beneficiarios directos: Padres de Familia e hijos.

Beneficiarios indirectos: Centro de Rehabilitación Integral Ibarra, sociedad.

Los beneficiarios directos serán los padres de familia e hijos/as mediante la intervención se espera que adquieran un aprendizaje adecuado con respecto a lo que realmente implica la sexualidad y que de esta manera puedan educar a sus hijos sin tabúes ni limitaciones respecto al tema, así se espera disminuir pensamientos erróneos respecto a la sexualidad, generar vínculos de confianza de padres a hijos, crear una atmósfera positiva y de autoestima en los adolescentes, mejorar las habilidades sociales en base a técnicas asertivas.

Los beneficiarios indirectos de la intervención a desarrollarse será el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio del Salud Pública puesto que no se ha trabajado en el tema de sexualidad y por ende servirá de base para futuras intervenciones. Otro beneficiario indirecto es la sociedad en general porque los adolescentes con discapacidad están en las mismas condiciones para ejercer su sexualidad, por lo tanto podrán vincularse a la sociedad con naturalidad ni restricciones.

Es esencial mencionar la importancia de esta intervención porque como padres son los primeros formadores de los hijos y son quienes se encuentran vinculados directamente en el desarrollo y formación positiva de los adolescentes.

6.4 Fundamentación

La superación de los problemas en cuanto sobre el abordaje de la sexualidad en adolescentes con retraso mental leve y moderado está determinado a que todo ser humano vive la sexualidad en medida de sus capacidades, a partir de esta premisa se puede decir que toda persona es un mundo diferente y por lo tanto usa modos diversos de aprendizaje, esto quiere decir que no se encuentra excepto de vivir la sexualidad como el individuo lo determine.

La posibilidad de crear un elevado clima de afecto y de confianza favorece que los integrantes de la familia puedan hablar en forma más profunda y sincera en determinados temas de carácter sexual, estableciendo vínculos afectivos fuertes, que a su vez, facilitan afrontar y superar problemas de carácter sexual u otros.

Dentro de la terapia explicativa tenemos la proporción de información que se “Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo o cuidador las causas y esencia del individuo, y a su vez todo lo que le aqueja por su condición.”(Balarezo, 2010). Partiendo de dicho concepto se puede decir que los padres de familia necesitan adquirir información sobre cómo abordar el tema de la sexualidad en sus hijos.

Otro eje que se maneja son las técnicas asertivas como el disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo, enfado que desarma y acuerdo asertivo; las técnicas mencionadas parten de una conducta Asertiva que se manifiestan en un entorno interpersonal, donde se puede expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto respetando a su vez las opiniones y derechos de las otras personas, dicha conducta puede incluir expresiones de ira, miedo, aprecio, esperanza, alegría, indignación, pero que en cualquier caso suscitado no viola los derechos de los otros.(Caballo,

2011). Dichas técnicas ayudan a como los padres pueden dirigirse hacia sus hijos de modo que la información que se les brinde sea de forma paciente y con un enfoque adecuado según sea el caso.

6.5 Objetivos

6.5.1 Objetivo General

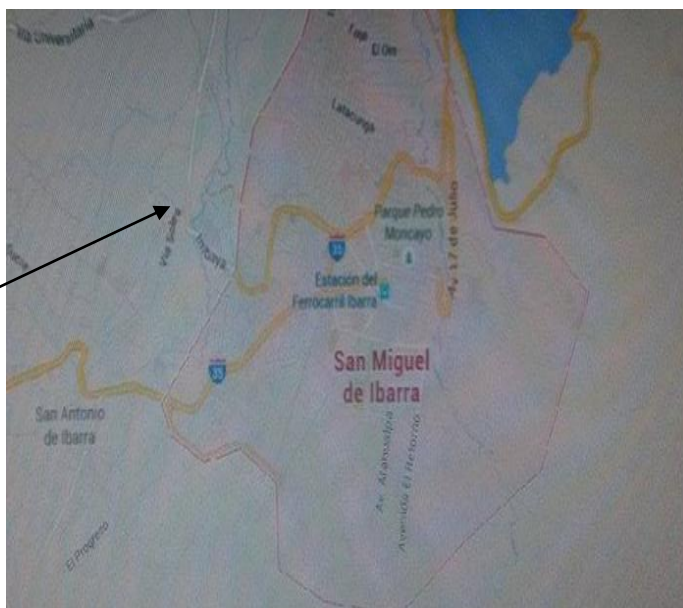
Aplicar talleres grupales mediante técnicas asertivas y proporción de información para mejorar el abordaje de la sexualidad en padres de Adolescentes con Retraso mental.

6.5.2 Objetivos específicos

- 1.- Orientar a los padres de familia sobre el manejo adecuado de la sexualidad en sus hijos.
- 2.-Mejorar la comunicación entre padres e hijos/as y sus relaciones interpersonales.

6.6 Ubicación sectorial y física

La propuesta 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 micro localización de la propuesta, esta se desarrolla en la Av. 13 de abril y calle Ibarra esquina, sector Huertos familiares de Azaya.

El Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública tiene como objetivo garantizar y brindar la atención oportuna en el manejo integral en rehabilitación, con el fin de recuperar el máximo nivel de posible funcionalidad, independencia y autonomía que logre mejorar la calidad de vida y desarrolle el máximo potencial de la personas con discapacidad.

Es un centro caracterizado por un equipo de profesionales altamente calificados y que está dotado de la más moderna infraestructura y tecnología lo que le convierte en uno de los centros de referencia zonal dedicados a la atención de la rehabilitación integral especializada de alta calidad del Ecuador.

Su visión está enfocada en ser un centro líder en la prestación de servicios de salud en rehabilitación integral especializada de la zona 1 de salud, con el marco de referencia a nivel nacional, promoviendo la educación y la prevención de la salud, manteniéndonos a la vanguardia en rehabilitación implementando técnicas modernas, efectivas y seguras en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que dieron como consecuencia discapacidad.

6.7 Desarrollo de la propuesta

Los talleres presentados a continuación han sido propuestos por Paulina Godoy Lenz, Inés Riquelme Muñoz, Alida Salazar Urrutia, María Angélica Matus P. en la Guía “Educación sexual de Niños, niñas y jóvenes con Discapacidad intelectual” y Mercedes García Ruiz en la Guía “Talleres de educación sexual en personas con discapacidad, 2007” ; a su vez con Elia Roca en el “Programa de autoestima, asertividad e inteligencia emocional”,

los talleres mencionados han sido adaptados de acuerdo a la necesidad de los participantes en el proceso de intervención.



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

TALLER N° 01

TEMA: Sexualidad y Discapacidad

FECHA: 16-06-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
<p>-Facilitar a los padres de adolescentes con discapacidad intelectual material apoyo para abordar el tema de sexualidad.</p> <p>-Asegurar la construcción de aprendizajes significativos, teniendo en cuenta sus condiciones, capacidades y necesidades.</p>	<p>-Dinámica Grupal: La telaraña.</p> <p>-Proyección de diapositivas</p> <p>-Proyección de video: Personas con Discapacidad Fundación Once</p> <p>-Proyección de Imágenes en base a Fotopalabra</p>	<p>Proporción de información.</p> <p>Contenidos:</p> <p>- Introducción- ¿Qué es la discapacidad?</p> <p>-Evolución del concepto discapacidad</p> <p>-Las personas que presentan discapacidad son sujetos de derecho</p> <p>-¿Qué es la discapacidad intelectual?</p> <p>-El modelo multidimensional de la discapacidad intelectual</p> <p>-¿Qué es la sexualidad? Sexo y sexualidad</p> <p>-¿Quiénes son los jóvenes con discapacidad intelectual, desde el punto de vista de su sexualidad?</p> <p>-Los jóvenes con discapacidad intelectual, como se caracterizan.</p>	<p>Grupo Integrado</p> <p>Criterios de los padres de familia</p> <p>Participación en actividades</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Comprensión de las actividades y temática</p>	<p>Infocus.</p> <p>Computadora</p> <p>Lana</p> <p>Laminas ilustrativas</p> <p>Esferos.</p>	<p>1:30 min</p>	<p>Reflexión en los padres de familia para tomar de manera positiva el termino sexualidad</p>

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 02

TEMA: Discapacidad Intelectual y Educación sexual

FECHA: 23-06-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
<p>-Tomar conciencia del propio cuerpo y de las manifestaciones sexuales.</p> <p>-Desarrollar una actitud positiva hacia los órganos genitales masculinos y femeninos, entendiéndose estos como una parte más del cuerpo</p> <p>-Estimular la reflexión y la conversación de los padres con sus hijos, integrándose plenamente a la sociedad en la que viven.</p>	<p>-Dinámica Grupal: La Cebolla</p> <p>-Proyección de diapositivas</p> <p>-Proyección de video: Los hijos imitan el ejemplo de sus padres.</p> <p>-Proyección de Imágenes en base a Fotopalabra</p>	<p>Proporción de información.</p> <p>Contenidos:</p> <p>-Introducción</p> <p>-Educar en sexualidad y afectividad</p> <p>-Qué ideas hacen difícil educar en sexualidad</p> <p>-¿Quién debe realizar la educación sexual?</p> <p>-Ventajas de la familia para educar en sexualidad</p> <p>-Características de la escuela para educar en sexualidad</p> <p>-Familia y escuela en colaboración</p>	<p>Grupo Integrado</p> <p>Criterios de los padres de familia</p> <p>Participación en actividades</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Comprensión de las actividades y temática</p> <p>Preguntas</p>	<p>Infocus.</p> <p>Computadora</p> <p>Laminas ilustrativas</p> <p>Esferos.</p>	1:30 min	<p>Demostrar positivamente actitudes, opiniones y sentimientos cuando se habla de sexualidad</p>

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 03

TEMA: Modelos de Intervención en educación Sexual

FECHA: 30-06-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
<p>-Tomar conciencia del propio cuerpo y de las manifestaciones sexuales.</p> <p>-Desarrollar una actitud positiva hacia los órganos genitales masculinos y femeninos, entendiéndose estos como una parte más del cuerpo</p>	<p>-Dinámica Grupal: El círculo</p> <p>-Proyección de diapositivas</p> <p>-Proyección de video</p> <p>-Proyección de Imágenes en base a Fotopalabra</p>	<p>Proporción de información.</p> <p>Contenidos:</p> <p>-El modelo de riesgos: El modelo moral, revolución sexual, biográfico-profesional, un modelo para la diversidad</p> <p>-Por qué es necesario entregar educación sexual a las personas que presentan discapacidad intelectual.</p> <p>-Por qué para las personas con discapacidad intelectual el aprendizaje sexual está más limitado?</p> <p>-Cuáles son los objetivos de educación sexual para las personas que presentan discapacidad intelectual</p>	<p>Grupo Integrado</p> <p>Criterios de los padres de familia</p> <p>Participación en actividades</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Comprensión de las actividades y temática</p>	<p>Infocus.</p> <p>Computadora</p> <p>Lana</p> <p>Laminas ilustrativas</p> <p>Esferos.</p>	<p>1:30 min</p>	<p>Hablar sobre sexualidad con un lenguaje claro sin engañar ni inventar fábulas respecto al tema</p>

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 04

TEMA: Sexualidad y erótica de las personas con Discapacidad Intelectual **FECHA:** 07-07-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
-Estimular la reflexión y la conversación de los padres con sus hijos, integrándose plenamente a la sociedad en la que viven.	-Dinámica Grupal: Teléfono estropeado -Proyección de diapositivas -Proyección de video El amor no tiene discapacidad -Proyección de Imágenes en base a Fotopalabra	Proporción de información. Contenidos: -Sexo, sexualidad y erótica de las personas con discapacidad -Particularidades de las personas con discapacidad -Deficiente socialización -Restringido acceso al universo de lo íntimo -Factores que pueden dificultar a los padres asumir la educación sexual de sus hijos e hijas con discapacidad intelectual. -Actitudes para educar en sexualidad	Grupo Integrado Criterios de los padres de familia Actitud positiva Comprensión de las actividades y temática Preguntas	Infocus. Computadora Laminas ilustrativas Esferos.	1:30 min	Fomentar un ambiente de confianza para mejorar el dialogo en la familia.

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 05

TEMA: Cómo educar la sexualidad de los jóvenes con discapacidad

FECHA: 14-07-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
-Apoyar la reflexión personal de los padres y la comprensión de las propias actitudes frente a la sexualidad, favoreciendo un cambio hacia una mayor apertura, tolerancia y comprensión de la diversidad humana.	-Dinámica Grupal. -Proyección de diapositivas -Proyección de video -Proyección de Imágenes en base a Fotopalabra	Proporción de información. Contenidos: -Su desarrollo afectivo-sexual -La enseñanza del cuerpo -La comprensión de las diferencias de género -Intimidad y privacidad -Vínculos, afecto y límites -Abuso sexual -Indicadores emocionales y conductuales -Indicadores físicos en el niño o niña Modelaje: Ejemplos prácticos	Grupo Integrado Criterios de los padres de familia Actitud positiva Participación en las actividades Actitud positiva	Infocus. Computadora Lana Laminas ilustrativas Esferos.	1:30 min	Establecer roles como padres de familia en la educación sexual de los adolescentes para que se puedan conducirse de manera responsable posteriormente

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 06

TEMA: Técnicas Asertivas para mejorar la comunicación

FECHA: 21-07-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
<p>-Responder y actuar asertivamente con los adolescentes que tienen discapacidad intelectual.</p> <p>-Mejorar el diálogo comunicacional</p>	<p>-Dinámica Grupal:</p> <p>-Proyección de video</p> <p>-Aplicación de la técnica.</p>	<p>Técnicas asertiva: Disco rayado</p> <p>-Este tipo de respuesta implica utilizar una frase que exprese la negación, se debe repetir el propio punto de vista, una y otra vez sin cambiar u omitir alguna palabra del mensaje original, con tranquilidad sin entrar en las provocaciones que pueda hacer el otro.</p> <p>-Efecto Clínico: Esta técnica nos permite sentirnos a nuestras anchas e ignorar las trampas verbales manipulativas sin apartarnos del punto en el que deseamos insistir.</p> <p>Ejemplo: "No puedo acceder a lo que me pides... No puedo acceder a lo que me</p>	<p>Grupo Integrado</p> <p>Criterios de los padres de familia</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Actuación frente a los casos.</p> <p>Participación activa</p> <p>Participar en ejemplos</p>	<p>Infocus.</p> <p>Computadora</p>	<p>1:30 min</p>	<p>Defender las propias necesidades frente a las exigencias de los demás sin llegar a utilizar comportamientos agresivos o violentos.</p> <p>Respetar a los demás sin dejar de respetarse a sí mismo, llegando a acuerdos positivos</p>

		<p>pides...No puedo acceder a lo que me pides.”</p> <p>Técnicas asertiva: Banco de niebla</p> <p>-Mostrarnos de acuerdo en lo posible, dar razón al otro en lo que pueda haber de cierto en sus críticas, sin entrar en discusiones, así aparentamos ceder el terreno sin cederlo realmente, una vez rebajada la tensión, podremos exponer en forma empática nuestro punto de vista.</p> <p>-Efectos Clínicos: Nos permite recibir las críticas sin sentirnos violentos ni adoptar actitudes ansiosas o defensivas y sin ceder un ápice frente a los que emplean críticas manipulativas.</p> <p>-Ejemplo: “Debo reconocer que existe la posibilidad de que tengas razón hijo, déjame pensarlo y lo discutiremos después.”</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia



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

TALLER N° 07

TEMA: Técnicas Asertivas para mejorar la comunicación

FECHA: 28-07-16

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METODOLOGIA-TÉCNICAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO	CIERRE COMPROMISO
-Comunicar, criterios, pensamientos, ideas y creencias en base a un dialogo adecuado.	-Dinámica Grupal: -Proyección de video -Aplicación de la técnica.	Técnica asertiva: Aplazamiento Asertivo - Aplazar la respuesta que vayamos a dar al otro hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder correctamente. -Ejercicio de identificación de respuestas agresivas, inhibidas y asertivas a determinadas situación. Valora cada respuesta. Situación 1: Un adolescente con discapacidad intelectual se encuentra en su habitación, su madre entra gritando se muestra agresiva porque acaba de enterrarse de la acción negativa que cometió su hijo en la escuela. Una vez resuelto el problema la madre no desea que se repita y le dice a su hijo:	Grupo Integrado Criterios de los padres de familia Actitud positiva Actuación frente a los casos. Participación activa Participar en ejemplos	Infocus. Computadora	1:30 min	Aprender a comunicarse de manera asertiva, para expresar las emociones de una manera más positiva.

		<p>Respuesta 1 Se muestra vacilante y piensa: “Si le digo algo se va a molestar y después de ver como actuó.... Lo mejor sería no decirle nada”inhibido.....</p> <p>Respuesta 2 (Con un tono de voz algo irritado, con voz alta y como echando el tronco hacia atrás) “¡Mira, ahora te quiero decir algo! ¡te has pasado! (Movimiento de la cabeza en sentido negativo), ¡ésas, no son maneras de actuar! ¡No sé cómo me he aguantado!, ¡La próxima vez no lo aceptare, que sea la última vez que actúas así en tu colegio!”agresivo.....</p> <p>Respuesta 3 (Mirándole a la cara y con un tono de voz firme) “Mira, ahora que hemos aclarado el problema, deseo expresar mi malestar por la manera de como actuaste, quiero decirte que tu comportamiento no fue el adecuado. Sinceramente, me sentí muy molesta. Te ruego (enfatisa la petición con un gesto, inflexión de voz y una expresión facial que denota gravedad en lo que dice y pide),</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>por favor, tomes en consideración.... (Hace una pausa)... que la próxima vez que suceda esto tomare las medidas pertinentes, espero pienses en tu actuación porque te aprecio mucho hijo.....asertivo.....</p> <p>-Técnica asertiva: Acuerdo Asertivo</p> <p>Sé tú mismo</p> <p>«Sydney Harris que, cierta ocasión, acompañaba a comprar el periódico a un amigo suyo, quien saludó con cortesía al dueño del quiosco. Éste le respondió con brusquedad y desconsideración. El amigo de Harris, mientras recogía el periódico que el otro había arrojado hacia él de mala manera, sonrió y le deseó al vendedor un buen fin de semana. Cuando los amigos reemprendieron el camino, el columnista le preguntó: - ¿Te trata siempre con tanta descortesía? - Sí, por desgracia. - ¿Y tú siempre te muestras igual de amable? - Sí, así es. - ¿Y por qué eres tan amable cuando él es tan antipático contigo? - Porque no quiero que sea él quien decida</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>cómo debo actuar yo. La persona plenamente humana es aquella que consigue ser ella misma. Es un actor de su propia vida, no un re-actor ante lo que dicen o hacen los demás. En un mundo donde las relaciones están atrapadas por la ofensa o el acaparamiento de la palabra y el poder que no deja hablar ni ser el otro, hace falta mucho valor para escuchar y tratar al otro con cariño y con bondad. En un mundo donde lo importante es tener, resulta difícil empeñarse en ser y entender la existencia como don para con los demás. La educación tiene que ser una propuesta para ayudar al alumno a construirse como persona, a soñarse e inventarse, a potenciar todas sus posibilidades, a esforzarse cada día para ser más y mejor.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

Responsable: Guamán Navarrete Johanna.

Participantes: 18 Padres de Familia

6.8 Impactos

La aplicación de la propuesta planteada en los ítems anteriores generara una serie de huella e impactos positivos en las diferentes áreas o ámbitos, las mismas que a continuación se detallan:

6.8.1 Impacto social

En el ámbito social el impacto puede considerarse positivo ya que el hecho de intervenir de una manera directa e indirecta mejora la comunidad o sociedad.

6.8.2 Impacto familiar

Es ineludible que la mejora en la relación de padres a hijos generará un ambiente familiar alto positivo porque fundamentalmente existe:

- Consolidación familiar
- Mejor adaptación
- Integración del adolescente
- Disminución de gastos por concepto de cuidado.

6.8.3 Impacto Educativo

Desde el punto de vista educativo la propuesta planteada generará un impacto en la medida en que será:

- Fuente de consulta para docentes, familiares y la sociedad en general porque a través de la intervención de los padres hacia los hijos involucra mejor adaptación social en ellos.
- Los datos obtenidos en el diagnóstico y post test pueden servir desde el punto de vista educativo y académico para la recolección de artículos científicos.

6.8.4 Impacto Psicológico

Con seguridad el impacto más relevante que se genere con la propuesta será el emocional es decir el cambio de comportamiento y actitud de los:

- Padres
- Hijos

En los padres e hijos se genera vínculos más estrechos de confianza y seguridad personal para hablar sin limitaciones ni restricciones respecto al abordaje de la sexualidad.

6.9 Difusión

La propuesta diseñada, previa a su aplicación o intervención es necesario socializarla al grupo de objeto, es decir a las autoridades de la institución y en segundo lugar a los padres de familia; por lo tanto a continuación se detalla el proceso de difusión que se seguirá:

- Aprobación del tema
- Coordinación con el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública para la aprobación de la intervención.
- Presentación del plan de intervención
- Enlace con los padres de familia para aplicación de encuestas
- Diagnostico situacional de los padres de familia
- Reunión con los padres para acuerdo de horarios respecto a la intervención.
- Aplicación de los talleres
- Aplicación de un re-test
- Presentación del Informe final.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arbesú, A. (01 de Marzo de 2002). www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo11.pdf. Recuperado el 24 de Mayo de 2016, de <http://www.sexualidad.adolescentes.com>

Balarezo. (2003). *Psicoterapia*. Quito: Centro de Publicaciones Católica del Ecuador.

Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia*. Quito: Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica.

Bas, J. (2014). *Sexualidad en el Síndrome de Down. Incidencia de las actitudes del entorno en el comportamiento Sexual*. Panamá: Universidad Abierta Interamericana.

Beltrán, F., Torres, I., Gamboa, T., & Galindo, A. (1995). Conocimientos sobre Sexualidad en los Profesores de Educación Especial. *Psicología y Salud*, 75.

Bernal, R. (2005). Talleres de Orientación Familiar sobre la Educación Sexual de los Adolescentes con Retardo Mental Leve. *CiberEduca.com*, 2.

Caballo. (2008). *Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores S.A.

Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: siglo XXI de España Editores.

Caricote, E. (2012). La Sexualidad en la Discapacidad Intelectual. *Investigación Arbitrada*, 4.

CI10. (1979). *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales*. Madrid: Prólogo a la Edición Española.

Flores, M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *REVISTA de la Universidad Autónoma de Yucatán* , 36.

Marqués F, S. S. (2004). *Metodos y medios en promocion y educacion para la salud*. Barcelona: UOC Editorial.

Mejía, A. (2013). “*APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL - EXPLICATIVA DESTINADA A LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TIROIDEO DE EDAD ADULTA INTERMEDIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA*”. Ambato: Pontificia Univesidad Católica del Ecuador sede Ambato.

Mera, R. (2012). “*Eficacia de la Terapia Asertiva de Wolpe en el tratamiento de la inhabilidad social y baja autoestima en adolescentes de 12 a 17 años que acuden a consulta externa en la Dinapen Pichincha, Octubre 2011 – Octubre 2012*”. Quito: Univerisdad Central del Ecuador- Carrera de Psicología Clínica.

Mineduc. (2005). *Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad* . Santiago de Chile: Secretaria Tecnica de Educación en Sexualidad y Afectividad.

Montiel, R. (2005). *Educación Sexual para Adolescentes*. Caracas: Publicaciones El Nacional.

Neenan, D. W. (2004). *Coaching para vivir: Aprende a organizarte y ser mas asertivo*. Barcelona: Ediciones Paidos Ibérica S.A.

Oblitas, P. (2009). *Psicoocología*. Bogotá: Psicom Editores.

OMS. (1998). *Manual de monitoreo y Evaluacion de Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes Nro 3*. Caracas: Publicaciones OMS.

Otto, S. (1999). *Enfermeria Oncológica*. Madrid: Marcout Brace.

Peñafiel E, S. C. (2006). *Sociales, habilidades*. España: Editex.

Porres, J. (2012). Programa a Padres de Familia sobre educacion Sexual para la Salud y Promcion de Desarrollo Individual y Social de los Estudiantes del Instituto Neurologico de Guatemala. *Ibero Americana* , 57.

Rimm A, M. E. (2008). *Conductas y Expresiones Asertivas que mejoran el comportamiento*. Mexico: Paulinas.

Rosemberg, k. (2006). *Psicoterapia conduactual y cognitiva*. Caracas: CEC S.A.

Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana*. México: Consejo Nacional de la Poblacion Porrúa.

Shelton, B. (2006). *Asertividad, haga oír sin gritar*. Madrid: Gráfica Marcar.

Wolpe, J. (1975). *Psicoterpia por inhibicion Recíproca*. Bilbao: Editorial Española Descleé de Brouwer.

Zuleima, N. (2012). *Influencia de las actitudes de los padres ante la Educacioin Sexual y la Discapaidad Intelectual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXOS

MATRIZ DE COHERENCIA

Formulación del problema	Objetivo general
<p>¿Cómo incide la terapia asertiva y explicativa en los padres de adolescentes con Discapacidad Intelectual leve y moderado respecto al abordaje de la sexualidad en sus hijos, en el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública en el período de marzo a julio del 2016?</p>	<p>Aplicar Terapia Asertiva y Explicativa a padres de familia de adolescentes con retraso mental leve y moderado como ayuda al abordaje de la sexualidad con sus hijos/as en el Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.</p>
Objetivos específicos	Preguntas de investigación
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimiento que poseen los padres de hijos/as adolescentes con retraso mental leve y moderado sobre el tema de la sexualidad. - Establecer talleres dirigidos a padres de hijos/as de adolescentes con retraso mental leve y moderado. - Aplicar terapia asertiva y explicativa de acuerdo a las necesidades de los padres de familia. 	<p>¿Tienen los padres de hijos/as de adolescentes con retraso mental leve y moderado conocimiento para abordar el tema de la sexualidad?</p> <p>¿Cómo deben los padres manejar de manera adecuada la situación referente a la sexualidad de sus hijos/as adolescentes con retraso mental leve y moderado?</p> <p>¿La terapia asertiva y explicativa es necesaria en los padres de familia?</p>

ÁRBOL DE PROBLEMAS

EFFECTOS:

Dificultad para abordar y actuar cuando se presentan temas referentes a sexualidad.

Problemas en el dialogo y ámbitos comunicacionales entre los padres de familia y los hijos/as adolescentes.

CAUSAS:

Los padres de familia de hijos/as adolescentes con retraso mental leve y moderado no cuentan con conocimiento adecuado para dirigirse a sus de manera abierta y apropiada para hablar sobre la sexualidad en ellos.

CUESTIONARIO A MADRES /PADRES SOBRE SEXUALIDAD HACIA SUS HIJOS

Nombre: Instrucción:.....

Edad:..... Fecha:.....

Marque con una "X" en el cuadro con la respuesta que mejor exprese lo que usted cree o piense, NO hay respuestas correctas o incorrectas.

1.-¿Usted está de acuerdo en que sus hijos/as reciban información sobre sexualidad?

SI NO

2.- ¿Se le dificulta hablar de sexualidad con sus hijos?

SI NO

3.- ¿Ha buscado información para hablar de sexualidad con sus hijos/as?

SI NO

4.- ¿Su comunicación es adecuada y paciente al hablar con su hijo/a de sexualidad?

SI NO

5.- ¿Ha hablado con facilidad cuando su hijo/a cuando ha tenido inquietudes sobre sexualidad?

SI NO

6.- ¿Cree usted que está capacitado para hablar sobre sexualidad con su hijo?

SI NO

7.-¿Cómo ha manejado las manifestaciones sexuales que tiene su hijo (masturbación)

Positivamente Negativamente

8.- ¿Cómo ha manejado los cambios puberales en su hijo/a (menarquia-espermarquia)?

Con dificultad

Sin dificultad

9.- ¿Considera que es importante hablar de sexualidad con sus hijos?

SI

NO

10.- ¿De quién cree que su hijo debería recibir o escuchar información sobre sexualidad?

Familia

Sociedad

Nadie

11.- ¿Cuál es su reacción cuando se toman temas sobre sexualidad?

Es abierto

Desvía la conversación

Se molesta

12.- ¿En su adolescencia sus padres le brindaron información sobre sexualidad?

SI

NO

Cuestionario de Asertividad

Nombre: Instrucción:.....

Edad:..... Fecha:.....

Responda a las siguientes afirmaciones. Marque con una X expresando lo que más se acerque a su criterio.

	Siempre	A veces	Nunca
1.- Puedo expresar mis sentimientos abiertamente			
2.-Puede decirle a la gente que no me gusta su comportamiento			
3.-Puedo mantener contacto visual cuando expreso mis sentimientos y pensamientos			
4.-Cuando me enfado puedo expresarme sin demostrar irritación o decepción.			
5.-Puedo dar una aclaración sin dificultad			
6.- Puedo pedir ayuda o información a los demás			
7.-Disfruto entablando conversación con conocidos o extraños			

8.- He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tontos			
9.-Soy abierto y franco cuando me piden explicaciones			
10.-Expreso mis opiniones con facilidad			
11.-Hay ocasiones en que soy incapaz de hablar			

Anexos

Padres de Familia de Adolescentes con Discapacidad Intelectual



Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.
Autor: Guamán Navarrete Johanna Elizabeth.

Realización de talleres en el área ocupacional del C.R.I.



Fuente: Centro de Rehabilitación Integral Ibarra del Ministerio de Salud Pública.
Autor: Guamán Navarrete Johanna Elizabeth.

Ibarra, 28 de noviembre de 2016

Por medio del presente y en calidad de Lector-Traductor,

CERTIFICO:

Que el Abstract del trabajo de grado titulado: **“TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016”**, realizado por la señorita Johanna Elizabeth Guamán Navarrete, fue revisado y traducido al idioma inglés de acuerdo a las normas y reglas ortográficas vigentes del habla inglés.

La interesada puede hacer uso del presente certificado en la forma que estime pertinentes.

Atentamente,



Víctor Rodríguez.

C.I.

LECTOR -TRADUCTOR

Abstract

The current psychological research was oriented with the objective of developing an intervention focused on improving the communicational field from parents to siblings with intellectual incapacities (slight and moderate mental retardation) to deal topics related to sexuality, these people who are part of the intervention group regularly assist to the integral rehabilitation centre "Ibarra" which belongs to the Public Health Ministry in the accompaniment to the psycho rehabilitation of their siblings: parents who lack the support or knowledge on how to deal the sexuality of their siblings.

As a first approach to the parents two surveys were applied. The first to evaluate the current state of the sexuality topics and the second to evaluate if they are or not assertive, such survey worked as a pre-test and as a base to create the intervention group to proceed to develop workshops oriented to parents who being the first parental connection on which their siblings rely must be well trained to give proper orientation and answers.

The intervention was made through workshops of assertive and explicative therapy which consequentially have proportional information and assertive techniques, which were group applied with the objective of improving the communicational field between them strengthening the interpersonal relations in parents and siblings, also the family connections because the condition of youth who have moderate and slight mental retardation, nowadays is still evident that these people shall not receive information on sexuality. After the intervention, a post-test was made to provide a comparative analysis with the pre-test once applied it could be seen that its application was feasible reinforcing errors and myths which parents still had due to their lack of knowledge.



Victor Rodriguez Viteri

Victor Rodriguez Viteri
1715496129



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Ibarra, 28 de noviembre de 2016

CERTIFICO:

Que el trabajo de grado titulado “**TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016**” de la autoría de la señorita Johanna Elizabeth Guamán Navarrete con C.I. 100350217-4 de la carrera de Licenciatura en Psicología General, ha sido revisado por el sistema URKUND con una verificación del 8% de similitud.

Atentamente,

.....
MSc. Olga Echeverría

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO



**Coordinación Zonal de Salud 1
Centro de Rehabilitación Integral**

A petición verbal de la estudiante **GUAMAN NAVARRETE JOHANNA ELIZABETH**, portadora de la cédula de identidad No. 1003502174

CERTIFICO:

Que se **APROBÓ** la realización del tema de Trabajo de Grado titulado “**TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE A MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL “CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL” IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016**”

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Autorizo a la Srta. Guamán Johanna hacer uso del presente certificado en los trámites que amerite necesarios.

Ibarra, 24 de Noviembre del 2016

Dra. Grace Vinuesa Orozco
PSIOREHABILITADORA DEL CRI-MSP

Dra. Grace Vinuesa Orozco
PSIOREHABILITADORA
LIBRO 1 FOLIO 26 NUMERO 77



Av. 13 de Abril e Ibarra
Teléfonos: 06 2 558 400
www.dpsi.gob.ec



Coordinación Zonal de Salud 1
Centro de Rehabilitación Integral

A petición verbal de la estudiante **GUAMAN NAVARRETE JOHANNA ELIZABETH**,
portadora de la cédula de identidad No. 1003502174

CERTIFICO:

Que se **SOCIALIZÓ** el tema de Trabajo de Grado titulado “**TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE A MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL “CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL” IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016**”

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Autorizo a la Srta. Guamán Johanna hacer uso del presente certificado en los trámites que amerite necesarios.

Ibarra, 24 de Noviembre del 2016

Dra. Grace Vinuesa Orozco
PSIOREHABILITADORA DEL CRI-MSP

Dra. Grace Vinuesa Orozco
PSIOREHABILITADORA
LIBRO 1 FOLIO 26 NUMERO 77





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

Oficio 091-D
28 de abril de 2016

Terapeuta Físico
Juan Carlos Vásquez
COORDINADOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL N° 4 IBARRA

Señor Coordinador:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle de la manera más comedida, se brinde las facilidades necesarias a la señorita GUAMÁN NAVARRETE JOHANNA ELIZABETH, estudiante de la carrera de Psicología General, para que aplique encuestas, test psicológicos y terapia asertiva y explicativa, actividades pertenecientes al trabajo de grado: "TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETARDO MENTAL LEVE A MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA, DESDE MARZO A JULIO 2016".

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


MSc. Raimundo López
DECANO DE LA FECYT



*Autorizado
para realizar
actividades de
grado
02-05-2016
15:48 JCV*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, **Johanna Elizabeth Guamán Navarrete**, con cédula de identidad Nro. **100350217-4**, 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 autora de la obra o trabajo de grado titulado: : **“TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016”**, que ha sido desarrollada para optar por el Título de Psicóloga 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.

Ibarra, a los 1 día del mes de diciembre de 2016.

Johanna Elizabeth Guamán Navarrete

C.I: 100350217-4



**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:	100350217-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Guamán Navarrete Johanna Elizabeth		
DIRECCIÓN:	Otavalo, Parroquia el Jordán, Calle Abdón Calderón y Segunda Línea.		
EMAIL:	johannaguaman150@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	(06)2 923 989	TELÉFONO MÓVIL:	0979264973

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“TERAPIA ASERTIVA Y EXPLICATIVA A PADRES DE ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO, PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LOS HIJOS, EN EL CENTRO DE

	REHABILITACIÓN INTEGRAL IBARRA DESDE MARZO A JULIO 2016”.
AUTORA:	Guamán Navarrete Johanna Elizabeth
FECHA: AAAAMMDD	2016/12/01
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Título de Psicóloga
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Olga Echeverría

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Johanna Elizabeth Guamán Navarrete, con cédula de identidad Nro. 100350217-4, en calidad de autora 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 de los derechos patrimoniales, 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 1 día del mes diciembre de 2016.

LA AUTORA:



Johanna Elizabeth Guamán Navarrete

C.I: 100350217-4