



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.**



INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8901-25
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES
QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚMERO 85
MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE
RAYÓN”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

ERIKA LARA GARDUÑO

No. EXPEDIENTE: 410544523

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, JUNIO DE 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.
Psicología (25)

CARRETERA LA MARQUESA-TENANGO, KM 20.5 XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO C. P. 52800 TEL. 713 13 5 46 15

Xalatlaco, Estado de México a 26 de agosto de 2014

ASUNTO: SE DESIGNA DIRECTOR DE TESIS

**MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ
CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA**

PRESENTE:

La que suscribe LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ, Director Técnico de la licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana, S.C., ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que la Pasante en Psicología **ERIKA LARA GARDUÑO** con número de expediente **410544523** ha solicitado el registro de su Tema de Tesis cuyo título es **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚM. 85 MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE RAYÓN"**, mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándolo a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo y como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue su VOTO APROBATORIO para que obtenga el Título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación al Servicio de México"

**LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8601-25

Recibido
26/08/2014



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

Psicología [25]

CARRETERA LA MARQUESA-TENANGO, KM 20.5 XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO C. P. 52800 TEL. 713 13 5 46 15

Xalatlaco, Méx. a 06 de abril de 2015

ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO

**LIC MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTORA TÉCNICA DE LA LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA**

PRESENTE:

El que suscribe **MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ**, en mi carácter de asesor del trabajo de investigación de Tesis denominado **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚM. 85 MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE RAYÓN"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a **EMITIR MI VOTO A FAVOR**, con el fin de que sea considerando como trabajo de Tesis Profesional, de conformidad con la Legislación Vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúen con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de Usted como su atento y seguro servidor.

ATENTAMENTE

"La Educación al Servicio de México"

**MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ
CATEDRÁTICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA**



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

Psicología [25]

CARRETERA LA MARQUESA-TENANGO, KM 20.5 XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO C. P. 52800 TEL. 713 13 5 46 15

Xalatlaco, Estado de México a 08 de abril de 2015

ASUNTO: SE DESIGNA REVISOR DE TESIS

P. P. ERIKA LARA GARDUÑO

Expediente 410544523

PRESENTE:

La que suscribe LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana, S.C., ante usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Ustedes para informarle a partir de esta fecha, la que suscribe fungirá como Revisor respecto de su trabajo de investigación de tesis título **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚM. 85 MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE RAYÓN"**, mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándolas a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo y como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad les otorgue mi Voto Aprobatorio para que obtengan el Título de Licenciado en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación al Servicio de México"

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TECNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Resolución CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.

Psicología (25)
CARRETERA LA MARQUESA-TENANGO, KM 20.5 XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO C. P. 52800 TEL. 713 13 5 46 15

Xalatlaco, Estado de México a 10 de junio de 2015

ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO

P. P. ERIKA LARA GARDUÑO

Expediente 410544523

PRESENTE:

La que suscribe LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana, S.C., y en mi carácter de revisor de su trabajo de investigación de Tesis denominado "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚM. 85 MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE RAYÓN", con el debido respeto me permito manifestarles lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a **EMITIR MI VOTO A FAVOR**, con el fin de que sea considerando como trabajo de Tesis Profesional, de conformidad con la Legislación Vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúen con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación al Servicio de México"

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TECNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C.
Psicología (25)

CARRETERA LA MARQUESA-TENANGO, KM 20.5 XALATLACO, ESTADO. DE MÉXICO C. P. 52800 TEL. 713 13 5 46 15

Xalatlaco, Méx. a 17 de junio de 2015

ASUNTO: AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS

P. P. ERIKA LARA GARDUÑO
EXP. NUM. 410544523

PRESENTE:

La que suscribe LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana, S.C., ante Ustedes con el debido respeto manifiesto lo siguiente:

Por medio de este conducto, me es grato comunicarles que ha sido autorizado su trabajo de Tesis cuyo título es "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES EN PADRES QUE TIENEN HIJOS CON DISCAPACIDAD DEL CAM NÚM. 85 MONICA PRETELINI DE PEÑA DEL MUNICIPIO DE RAYÓN", por lo tanto puede proceder a realizar su impresión a fin de continuar con el trámite respectivo de titulación.

Sin otro particular que tratarle por el momento y esperando que la impresión de sus ejemplares de tesis lo lleven a cabo a la brevedad posible, quedo de Ustedes como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

"La Educación al Servicio de México"

LIC. MIREYA CASTAÑEDA VAZQUEZ
DIRECTOR TECNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE No. 04/09
del 21 de Abril de 2009
Clave de Incorporación
UNAM 8901-25

DEDICATORIAS

A Dios por permitirme llegar a este momento y superar cada una de las pruebas que ha puesto en mi camino.

Con todo mi amor y cariño a mis padres Víctor Manuel Lara González y Amada Garduño Garduño, porque gracias a su esfuerzo, dedicación y sacrificio hoy estoy aquí cumpliendo uno de mis máximos sueños, les dedico este gran logro, gracias por siempre estar conmigo, los amo.

A mis hermanos Pepe y Víctor, gracias a su apoyo y a la comprensión que mostraron durante la realización de este sueño, hoy lo comparto con ustedes, los quiero mucho.

A mi directora de tesis MTRA. EN C.S. Perla Morales González, quien además de ser mi guía en este camino me brindó su apoyo y comprensión en los momentos difíciles, además de enseñarme que hay cosas en la vida que no podemos controlar y que debemos salir adelante siempre.

A mis amigos por cada uno de los momentos felices que hemos pasado juntos y por las lecciones de vida que cada uno de ellos me han dado y que a pesar de la distancia siempre seremos familia. Gracias los quiero mucho.

A mi asesora de tesis la Lic. En Psicología Mireya Castañeda Vázquez por brindarme su tiempo, apoyo, orientación y comprensión en la realización de este trabajo.

A todos y cada uno de los profesores que contribuyeron con mi formación, ya que por cada regaño, felicitación y sobre todo por cada uno de las críticas constructivas, hoy me encuentro en uno de los mejores momentos de mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 DISCAPACIDAD	1
1.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD	2
1.2 TIPOS DE DISCAPACIDAD	5
1.3 ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD	6
1.4 ASISTENCIA Y APOYO PSICOLÓGICO EN LA DISCAPACIDAD	7
1.5 DISCAPACIDAD Y FAMILIA.....	10
1.5.1 <i>Maternidad y Paternidad de hijos (a) con discapacidad</i>	15
1.5.2 <i>Maternidad ante la discapacidad</i>	16
1.5.3 <i>Paternidad ante la discapacidad:</i>	20
CAPÍTULO 2 AFRONTAMIENTO	23
2.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO.....	24
2.2 TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO	25
2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	27
2.4 AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES ANTE LA DISCAPACIDAD	29
2.5 AFRONTAMIENTO Y EMOCIONES.....	32
CAPÍTULO 3: EMOCIONES	34
3.1 DEFINICIÓN DE EMOCIONES	35
3.2 EMOCIONES BÁSICAS.....	37
3.3 FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES.....	49
3.4 TEORÍA DE LAS EMOCIONES	51
3.5 REACCIONES EMOCIONALES EN LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN HIJO CON DISCAPACIDAD MODELO KÜBLER-ROSS. ...	54
CAPITULO 4 CURSO TALLER: EMOCIONES EN EL AFRONTAMIENTO	58
4.1 ¿QUÉ ES UN CURSO TALLER?	59
4.2 CARACTERÍSTICAS DEL CURSO-TALLER	60
4.3 ESTRUCTURA DEL CURSO-TALLER.	61
4.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UN CURSO-TALLER.	63
CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA:	65
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	66
5.2 OBJETIVO DE ESTUDIO	69
5.3 HIPÓTESIS.....	70
5.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	72
5.5 TIPO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	71
5.6 TIPO DE ENFOQUE	72
5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	72
5.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	73
5.9 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.....	75
5.10 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA	75

5.11 SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO:	76
5.12 PROCEDIMIENTO	78
5.13 CAPTURA DE LA INFORMACIÓN:.....	79
CAPÍTULO 6 ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION.....	80
6.1 RESULTADOS	81
CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	95
7.1 CONCLUSIONES	96
7.2 SUGERENCIAS GENERALES	99
7.3 SUGERENCIAS A LA INSTITUCIÓN	99
BIBLIOGRAFIAS	101
GLOSARIO:	108
ANEXOS	110

INTRODUCCIÓN

*El significado del nacimiento de un niño discapacitado,
lo que era esperado como un acontecimiento alegre,
se convierte en una catástrofe de profundas implicaciones psicológicas.
Torres y Buceta, 1995*

Las expectativas que todo padre tiene ante la llegada de un hijo son hermosas, cuando se diagnostica que dicho niño tiene una discapacidad, es preciso plantearse que desde ese mismo momento tenemos delante de nosotros dos problemas: el niño en sí, además de la familia, ya que este no tiene la suficiente preparación para enfrentarse con los problemas que van a ir surgiendo y cómo superarlos. (León, Manés, Puértolas y Trevijano, 2003. Sarto 2004).

Con respecto a lo anterior el nacimiento de un hijo (a) con discapacidad produce un gran impacto sobre los padres quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor etc., que provocan actitudes de rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con discapacidad. Surge un desequilibrio emocional, social además de económico que, aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño que limita o impide su rehabilitación.

Al respecto Cabezas, (2001) menciona que la presencia en la familia de un niño con alguna discapacidad se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar una vez diagnosticado el trastorno, los padres han de pasar por un cambio de actitud que implica un largo y doloroso proceso educativo, con un alto grado de estrés que requiere de asesoramiento profesional

De igual forma argumenta Ballesteros B. P, Novoa. M. M, Muñoz. L. Suarez, y Zarate I. (2006) que la atención clínica es la que suele detectar los casos de discapacidad, esta se ha desarrollado predominantemente con un enfoque médico, descuidando el impacto psicológico además de social que una patología tiene en los individuos y su familia.

La poca atención a la familia del paciente ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso de diagnóstico esto afecta la unidad familiar ante un trastorno de este tipo. Cualquier discapacidad o problemática en el recién nacido genera preguntas así como dudas en los familiares, incluyendo cuestionamientos acerca de la causa de la enfermedad, su origen genético en la familia del padre o madre, la repercusión de la patología en el futuro desarrollo físico y psicológico del individuo, así como la posible recurrencia del trastorno en los próximos embarazos o en familiares del afectado (Ballesteros *et al*, 2006).

Por todo lo anterior nace el interés para la realización de esta investigación debido a la convivencia que se tiene día con día con la discapacidad además de la poca o nula

atención psicológica que reciben los padres que tienen hijos con discapacidad, provocando un desequilibrio en ellos mismos y en su toda la familia, pero sobre todo para poder analizar cómo es que afrontan esta situación a través de las estrategias de afrontamiento además de las emociones para de ese modo poder lograr que los padres de del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña del municipio de Rayón puedan explotar al máximo sus estrategias de afrontamiento para poder lograr un bienestar en ello como además de en sus propios hijos.

Para dicha investigación se aplicaron: una entrevista semiestructura, el Cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento, (CEEA) Muñoz, Berra, Vega (2012), Prueba de afrontamiento (COPE-S) y Redes semánticas.

Los resultados obtenidos demuestran que los padres de dicha institución emplean estrategias de afrontamiento centradas en las emociones este grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Su función principal es regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia

Al identificar las emociones de los padres con hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña del municipio de Rayón, los resultados obtenidos muestran que las emociones que más predominaron, fueron: tristeza ya que del 100% dela muestra el 56.25% manifiestan haber sentido “mucho” dicha emoción (tabla y

gráfica 5) y miedo debido a que del 100% de la muestra el 37.5% refieren haber experimentado “mucho” esta emoción (tabla y gráfica 6).

Después de dicha aplicación y con los resultados obtenidos se llevó a cabo un curso taller titulado “Emociones en el afrontamiento de la discapacidad” cuyo objetivo fue brindar herramientas y recursos a los padres con hijos discapacitados para el manejo de las emociones en su vida cotidiana.

El curso taller conto con un total de 10 horas aproximadamente, repartidas en tres sesiones, en cada sesión se abordaron 2 emociones básicas, para llegar al total de las 6 emociones básicas (alegría, miedo, tristeza, ira, sorpresa y asco), las sesión estuvieron conformadas por actividades y dinámicas referentes a cada una de las emociones.

Cada sesión estuvo estructurada por 3 puntos estratégicos: 1) Presentación, 2) Desarrollo y 2) Cierre. En la presentación se realizaron algunas dinámicas de integración como lo fue “la manzana”, “contar hasta 10” y “la respiración”, las cuales resultaron favorecedoras ya que lograron el objetivo de integrar a los padres al grupo, de ese modo lograr su participación, en lo que se refiere al desarrollo de las sesiones se realizaron algunas dinámicas referentes a cada una de las emociones básicas, además de la presentación en PowerPoint, en donde se dieron a conocer el concepto de emociones, la función de las emociones y la definición de cada una de las emociones básicas (ira, alegría, miedo, tristeza, sorpresa y asco); las dinámicas que obtuvieron mayor participación entre los padres en este curso taller fueron “Emociones a través de la música”, “Mi expresión”, “Carta a un Pigmalión negativo”, “Lo que he

aprendido de la vida”, “Un día para mí”, “La sorpresa de la vida”, y “Qué bueno que es a tu lado”.

Cada una de las sesiones se cerraron con una evaluación verbal de los padres, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció la sesión?, ¿Qué aprendieron de la sesión?, ¿Cómo pondrán en práctica lo aprendido en esta sesión en su vida diaria? Esta evaluación fue práctica y de aprendizaje, ya que los padres ahora tienen herramientas, que les ayudaran en el manejo de sus emociones y por ende favorecerá las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema, para así obtener un bienestar no solo en ellos y sus hijos con discapacidad sino también en el resto de su familia.

CAPÍTULO 1 DISCAPACIDAD

1.1 Definición de discapacidad

La discapacidad de acuerdo a la OMS (2011) es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Según Sánchez (1997) la discapacidad indica la presencia limitante por problemas de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida congénita traumatismo u otro factor ambiental este concepto es utilizado para etiquetar a las personas con limitaciones físicas o mentales obvias y que por lo general requieren de ayuda e instrucción especializada para funcionamiento en su vida cotidiana.

Desde el punto de vista del modelo médico-biológico y como lo menciona García Martín (2005): la discapacidad es una desviación de la normalidad a nivel de estructura o función corporal. Se considera un problema personal de salud que requiere de cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales.

El modelo Social propuesto por García Martín (2005) establece la discapacidad como las desventajas que un individuo con un déficit experimenta a la hora de participar en igualdad de condiciones al resto de sus conciudadanos, fenómeno social que como tal exige una actuación pública supraindividual encaminada a lograr cambios ambientales y sociales que posibiliten la participación plena de las personas con discapacidad en las diferentes áreas de la vida social.

Con todo lo anterior se define a la discapacidad como cualquier restricción o impedimento causado por problemas de tipo físico, mental o ambos que impiden la realización de una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

La historia de la discapacidad se empieza a entender de una forma dramática desde la época de los antiguos griegos, específicamente en Esparta; donde los bebés que nacían con algún tipo de discapacidad tanto física como intelectual eran exterminados, costumbre que perduró durante muchos siglos. El filósofo romano Lucio Séneca (4 a.C - 65 d.C) explica: 'matamos seres deformes y ahogamos a aquellos niños que nacen enfermizos, débiles y deformados. No actuamos así por ira o enfado, sino guiándonos por los principios del raciocinio: separamos lo defectuoso de lo saludable'. El infanticidio formaba parte del llamado "modelo de la prescindencia o negativo": la discapacidad tendría su origen en causas religiosas, siendo un castigo de los dioses.

La sociedad griega de los siglos V al II a.C. se caracterizó por el culto a la salud y a la belleza física, llegando al extremo del infanticidio motivado por la eugenesia. Según las narraciones de Plutarco, el progenitor no estaba autorizado para criar a su hijo recién nacido, sino que debía llevarlo a un lugar donde se reunían los más ancianos de la comunidad quienes examinaban al menor; si lo encontraban en condiciones óptimas, daban la instrucción de criarlo; pero si se trataba de niños débiles o con apariencia inusual, eran llevados a un sitio denominado Apóthetas (lugar de abandono) en el monte Taigeto, desde donde eran despeñados (Rocha, 2001). La ideología griega a este respecto se expresaba claramente en "La Política", una de las más importantes obras de Aristóteles, donde se establecía que "para distinguir a los hijos que es preciso abandonar de los que hay que educar, convendrá que la ley prohíba que se críe a los que nazcan deformes".

También se consideraba que las personas con discapacidad transmitían mensajes “diabólicos”, las vidas de estas personas no merecían ser vividas y por tanto su existencia era considerada innecesaria. Con posterioridad, durante la Edad Media se mantuvo el modelo de prescindencia sosteniéndose la concepción de un origen sobrenatural para la discapacidad y se les internaba en forma permanente, o debían vivir de la limosna, conformándose así el denominado modelo de marginación.

Durante los siglos XVII y XVIII, se consideraban trastornadas a las personas que tenían una discapacidad mental y debían ser internadas en orfanatos y manicomios, sin recibir ningún tipo de atención específica. Se denominaban imbéciles, amentes, débiles mentales, locos.

A fines del siglo XVIII y principios del XIX, se inicia la institucionalización, es decir, la internación de modo específico, de quienes tienen una discapacidad psíquica. El fundamento ¿había que proteger a las personas normales de las no normales! Las personas con discapacidad son separadas, segregadas, discriminadas.

Aparece la terminología de niños idiotas en el entorno de quienes investigan la problemática, y posteriormente, desde el ámbito médico, se usa la expresión oligofrenia término que significa ‘poca mente’ para designar a quienes tenían ‘una patología psíquica consistente en una deficiencia mental grave, como consecuencia de la interrupción del desarrollo de la inteligencia durante el período intrauterino o a muy corta edad’. Esta situación se alarga hasta comienzos del siglo XX cuando las personas con discapacidad mental son considerados seres perturbados y perturbadores, antisociales u obsesos sexuales.

A lo largo del siglo XX, las personas con discapacidad todavía son discriminadas, y, a menudo, rechazadas. En los años de la II Guerra Mundial, década del 40', los nazis los consideran seres inferiores que debían ser eliminados. En Suecia, hasta mediados de los años 70', se esterilizaba a las personas con discapacidad, incluso sin su consentimiento.

Con la aparición de los test y escalas de inteligencia se comienza a hablar de torpes y retrasados o retardados. Según se avanza en el tiempo, se usan expresiones como deficiencia mental, minusvalía, desventaja, discapacidad psíquica. Y finalmente, ya hacia fines del siglo XX con un nuevo enfoque conceptual se prefiere usar los términos de discapacidad mental o discapacidad intelectual, y, en términos genéricos, se empieza a usar la expresión 'personas con discapacidad'. En el transcurso del tiempo, la sociedad incorpora términos, destierra otros y matiza conceptos (U Mayor, Santiago, 2008).

1.2 Tipos de discapacidad

Según la OMS (2011) clasifica la discapacidad en cuatro tipos que son:

1. Discapacidad física
2. Discapacidad sensorial
3. Discapacidad intelectual
4. Discapacidad psíquica

Discapacidad Física: Es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

Discapacidad Sensorial: Se refiere a discapacidad auditiva y discapacidad visual.

Discapacidad Intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades dentro de las cuales se encuentra el retraso mental, síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad Psíquica/ Mental: Constituye uno de los principales componentes del universo de enfermedades y discapacidades. “estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos”

1.3 Etiología de la Discapacidad

Según Cantore Hugo (2010) clasifica las causas de la discapacidad en:

Origen congénito y de nacimiento

Las de origen hereditario, aquellas que se originan durante el embarazo y las adquiridas en el momento del nacimiento, entre las más comunes se encuentran

1. Ambientales (radiaciones, por ejemplo)
2. Infecciones
3. Traumatismos
4. Intoxicaciones
5. Nutricional
6. Emocional

7. Causas desconocidas
8. Asfixia
9. Traumatismos
10. Pre o post término

Enfermedad:

Las originadas por una alteración de la salud, aunque ya esté superada, o por las secuelas de la misma, entre las más comunes se encuentran:

1. Infecciones
2. Traumatismos
3. Intoxicaciones
4. Emocional
5. Endocrino

Accidente:

Aquí se encuentran las originadas por situaciones fortuitas y por agresiones violentas.

Vejez:

Las que son producto de la degeneración física o mental que conlleva la edad

1.4 Asistencia y Apoyo Psicológico en la Discapacidad

La presencia en la familia de un niño con alguna discapacidad se convierte en un factor potencial que puede perturbar la dinámica familiar una vez diagnosticado el trastorno, los padres han de pasar por un cambio de actitud que implica un largo y doloroso

proceso educativo, con un alto grado de estrés que requiere de asesoramiento profesional (Cabezas, 2001).

Autores como León, Manés, Puértolas y Trevijano (2003), Sarto (2004) entre otros, exponen que las expectativas de todo padre ante la llegada de un hijo son hermosas al diagnosticar que dicho niño tiene una discapacidad es preciso plantearse que desde ese mismo momento tenemos delante de nosotros dos problemas: el niño en sí y el de la familia, la cual no tiene la suficiente preparación para enfrentarse con los problemas que van a ir surgiendo y cómo superarlos.

El apoyo a las familias con un miembro con discapacidad se ha convertido en una necesidad prioritaria en nuestra sociedad, como lo menciona Ortiz (2007), existen numerosos factores demográficos, sociales, políticos y económicos que justifican esta prioridad, entre ellos se destacan dos: 1) el aumento de las necesidades de atención a personas dependientes (aumento en número así como la prolongación del tiempo de cuidado), y 2) la disminución de la capacidad de atención familiar (crisis del apoyo).

Como lo menciona Ballesteros B. P, Novoa. M. M, Muñoz. L. Suarez, y Zarate I. (2006) la atención clínica que es la que suele detectar los casos de discapacidad se ha desarrollado predominantemente con un enfoque médico, descuidando el impacto psicológico y social que una patología tiene en los individuos además de su familia, lo que repercute negativamente en la misma instauración de los tratamientos médicos y la adaptación social del individuo.

La poca atención a la familia del paciente ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso de diagnóstico y que se afecte su unidad familiar ante un trastorno de este tipo. Cualquier discapacidad o problemática en el recién nacido genera preguntas o dudas en los familiares, incluyendo cuestionamientos acerca de la causa de la enfermedad, su origen genético en la familia del padre o madre, la repercusión de la patología en el futuro desarrollo físico y psicológico del individuo, así como la posible recurrencia del trastorno en los próximos embarazos o en familiares del afectado (Ballesteros *et al*, 2006).

De esta manera el manejo del paciente afectado requiere ir más allá del diagnóstico y manejo de aspectos médicos, pues involucra a la familia e implica atender el impacto psicológico del diagnóstico, en relación con la calidad de vida de la familia. Es por eso que en los últimos años se ha producido un interés creciente por el estudio de las familias cuidadoras de personas con discapacidad.

El estudio de familias cuidadoras ha evolucionado desde el punto de considerarlas familias “patológicas” (familias con algún sufrimiento que no tiene la capacidad para adaptarse a cambios que le otorguen el equilibrio necesario para continuar estando en la normalidad), hasta concepciones actuales basadas en modelos de calidad de vida.

Según señala Badía (2005) uno de los aspectos que se han estudiado con mayor interés en estas familias se relaciona con el hecho de que suelen desarrollar altos niveles de estrés, por lo que los investigadores se han enfocado a determinar cuáles son las variables asociadas a dicho padecimiento.

1.5 Discapacidad y Familia

La familia tiene como una de sus funciones básicas, la procreación y crianza de los hijos lo que implica cuidados físicos necesarios para un desarrollo adecuado, así como la transmisión de la cultura y de las normas sociales (Campabadal, 2001).

Urbano y Yuni (2008) refieren que la familia está constituida por un conjunto de relaciones que se articulan a funciones designadas a través de roles, los cuales configuran la trama familiar. Para ello definen a la trama familiar como el conjunto de reglas con los cuales cada miembro de la familia influye en el comportamiento de los restantes además de ser influida por ellos, permite amplias formas de adaptación que puede absorber las variaciones que la vida representa para cada individuo. Debido a esto el sistema familiar no está quieto, evoluciona y se reajusta constantemente para así poder responder a esas variaciones

De acuerdo con Urbano y Yuni (2008) bajo ciertas circunstancias, los miembros de una familia difícilmente pueden continuar su juego acostumbrado, más cuando la discapacidad surge en el sistema familiar como un suceso inesperado, que amenaza la organización de las relaciones familiares ya establecidas.

Por consecuencia, se considera que ante la presencia de un miembro con discapacidad, la familia se vuelve vulnerable, las expectativas cambian, produciéndose sentimientos difíciles de explicar. Pero cuando la discapacidad se presenta en un niño(a) es poco probable que la adaptación a la situación será rápida, pues el hijo está en una fase evolutiva

Así la confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (FEAPS, 2001) plantea que la comunicación del diagnóstico viene fijada en general por el momento del nacimiento, aunque hay posibilidades de comienzo en el periodo prenatal o de la infancia:

Periodo prenatal: En esta situación los padres cuentan con algún tipo de información sobre la posibilidad de que su hijo tenga una determinada discapacidad, la vivencia hasta el momento del nacimiento es para ese núcleo familiar de espera angustiosa.

Nacimiento: La situación está representada así como determinada por unos padres que deseen tener un hijo “normal” pero no cuentan con ningún dato el cual les hiciera pensar en lo contrario. Sin embargo existe la esperanza de que suceda el milagro del hijo “sano”.

Infancia: Hasta este momento, la familia cuenta en su seno con un hijo que “no presenta ningún tipo de problemas”, estos comienzan cuando el niño va por primera vez a la guardería o al colegio, es entonces cuando los profesionales les informan de ciertas anomalías, situación que conduce a los padres a un peregrinaje por especialistas en busca de un diagnóstico constituyendo una espera angustiosa. En este sentido Gómez y Núñez (2011) refieren que si dolorosa es la noticia del diagnóstico en el momento del nacimiento, es aún más traumática cuando se sabe tardíamente.

Es normal que padres y demás miembros de la familia se confronten con emociones o pensamientos de haber perdido al hijo “ideal”, y la “normalidad” o “ideal” de familia que tenían formado, y a partir de ese momento domine el sentimiento de que “nuestra familia ha quedado marcada” (Ortega, 1997).

FEAPS (2001) menciona que los procesos críticos por los que generalmente pasa una familia después de confirmar el diagnóstico son:

Shock-bloqueo emocional: Impacto que produce la comunicación de que un miembro es portador de la discapacidad la familia se encuentra aturdida, con dificultades para tomar decisiones, necesitada de apoyo emocional.

Crisis-rechazo: Este momento y su duración vienen marcados por el momento de percepción de la realidad, entendido así se domina rechazo, incredulidad a la exposición de emociones, sentimientos, sensaciones que suelen plasmarse en fases estereotipadas, tales como “esto no puede ser”, “o puede pasarme a mi” y que poco después se materializan posiblemente en una conducta de rechazo o negación consistente en dar la espalda al problema con la paralización consecuente.

Desorientación: La familia desconoce lo que implica tener un hijo con discapacidad, siente temor, angustia y otros sentimientos ambivalentes sobre su hijo.

Adaptación: El proceso de adaptación al hijo con discapacidad dependerá básicamente de los recursos personales y sociales de los cónyuges. Así como el

“estado de salud de la familia”; termino que se refiere a la calidad de las relaciones familiares.

Ante esto, como lo menciona Fantova (2000) es probable que la familia tenga que reconstruir su mundo para dar significado a un acontecimiento que llega por sorpresa y que el entorno sociocultural tiende a rechazar la discapacidad de un ser humano.

Estas familias en el ritmo de respuesta y adaptación suelen ser desiguales, esto se debe a que los integrantes de la familia se encienden en diferentes etapas del desarrollo personal (Rolland, 2000). Por lo que según Polain, Abad, Martínez y Pozo (2000) cada uno de los miembros de la familia experimentara con diferentes matices un sentimiento de pérdida de la salud, imagen corporal, tranquilidad, sensación, percepción de control, etc., como consecuencia cada miembro se ve obligado a modificar la estructura organizativa que regulaba su funcionamiento interno.

Sarto (2000, citado en Meléndez, 2005) señala que a pesar de lo anterior la familia con un hijo con discapacidad debe desempeñar las mismas funciones que las demás familias, funciones encaminadas a satisfacer las necesidades colectivas e individuales de los miembros, la diferencia está en que cada una de ellas es más difícil de cumplir cuando se trata de atender al hijo con discapacidad pues los recursos y apoyos se hacen más necesarios o permanentes, muchas familias no están preparadas para dar respuesta a las necesidades que se presenten. Al mismo tiempo, la asunción de nuevos roles que normalmente se suman a los roles ya tradicionales y a las distintas respuestas en el seno de la familia ante la discapacidad del hijo, provocara mayores cambios en las representaciones de los roles habituales, en especial en la mujer sobre la que recae frecuentemente la crianza del hijo (Limiñana, 2008).

Según, Scorgie y Wilson (1988, citados en León, Menes, Puértolas, Trevijano y Zavalza, 2003), las variables que influyen en la respuesta de la familia ante la discapacidad son:

Variables Familiares: Como estatus socioeconómico, la cohesión las habilidades y la creatividad, para la resolución de problemas, roles, responsabilidades y la composición familiar.

Variables de los padres: Personalidad, calidad de la relación en la pareja, proyectos de cada padre, la autoestima y cuestiones de tiempo y horario.

Variable del niño: Tipo y grado de discapacidad, edad, temperamento.

Variables externas: Actitudes sociales, estigmatizantes, apoyos de red social, colaboración con profesionales.

A lo anterior, Gómez y Flores (1997, citados en León et al., 2003) señalan que la discapacidad del niño en algunas familias refuerza las relaciones familiares, en otros casos la falta de aceptación de la discapacidad o el querer huir de ella provoca situaciones delicadas en el seno familiar que en ocasiones desemboca en rupturas matrimoniales y desestructuración familiar.

1.5.1 Maternidad y Paternidad de hijos (a) con discapacidad

Uno de los eventos más significativos en la vida de una persona, es el cambio en el rol que se produce cuando decide crear su propio núcleo familiar, la decisión de vivir en pareja supone un cambio drástico en el estatus social, emocional y legal además proporciona placer y conflicto (Novel, Lluch y Miguel, 2000). En consecuencia, Urbano y Yuni (2008) señalan que en la formación del vínculo marital se configura una “identidad de pareja”, que cuando se produce en el interior de ésta el nacimiento de un ser humano, éste adquiere el estatus de hijo/a el cual asigna a esta pareja marital un nuevo rol social: el de padres.

La decisión de tener un hijo es importante en la vida de algunas personas, sus consecuencias van desde lo económico hasta el tipo de educación que le van a brindar además de enfrentarse a la consideración de ciertos ideales con respecto a sus descendientes. Con relación a lo anterior, Novel et al (2000) señalan las motivaciones que habitualmente inciden a tener un hijo /a: a) Deseo de perturbarse genéticamente. b) Deseo de proporcionar cuidados a otro ser humano, c) Dar continuidad al apellido y d) Presión social o de la pareja

Sin tomar en cuenta la motivación que llevó a los padres a concebir un hijo, Shevell (2008) refiere que es normal que deseen tener un hijo “perfecto” que sea el mejor en todas las cualidades que el padre o madre desea, desafortunadamente es posible que el hijo/a no cumpla con estas expectativas. Esto puede verse reflejado en el momento en que la pareja se da cuenta por primera vez que su hijo presenta discapacidad, se resisten a afrontar la verdad, evitan mirar la situación real o la distorsionan para que parezca más aceptables. (Jhonson y Martínez, 1997).

En cuanto a la pareja, Fuhrman (2000, citado en Díaz, 2004) señala que sufre una postergación en tanto destinan una menor cantidad de tiempo para estar juntos, para discutir temas propios así como para compartir espacios recreativos. Del mismo modo, Núñez (2003) plantea que la discapacidad en la pareja conyugal produce un gran impacto producto de lo cual muchas de ellas salen fortalecidas y otras sufren numerosos conflictos, sin embargo señala como fundamental la influencia de la existencia o no de conflictos previos a nivel de la pareja. Los padres muestran una mayor inclinación a reprocharse a sí mismos, tienden a considerar la situación del niño como castigo: en consecuencia miran al mundo de manera enemistosa y a veces agresiva, lo anterior se debe a que los padres miran exclusivamente los límites, lo imposible, son incapaces de fijarse en las posibilidades que dispone el niño (León et al, 2003).

León et al (2003) señalan que en los casos en que los padres prestan mayor atención al niño discapacitado no están haciendo otra cosa que sobreprotegerlo, generando efectos negativos, puesto que el niño no llega a conseguir un desarrollo de la autonomía personal, lo que muchas veces acentúa la indefensión de los hermanos que crecen así con el convencimiento de que no se puede pegar a ese hermano, ni tener sentimientos negativos hacia él, que la culpa, la responsabilidad tiende a caer sobre los que tienen un desarrollo normal: son ellos los que deben terminar cediendo, ya que los padres salen a favor del hermano con discapacidad; este tiene más privilegios y se procura su bienestar por delante del resto y a los ojos de los hermanos, surge por lo tanto la visión de “él, siempre él, primero él” (Lizasoain y Onieva, 2010).

1.5.2 Maternidad ante la discapacidad

La maternidad históricamente ha estado asociada a la fecundidad, fertilidad en similitud con las propiedades de la tierra, se le vincula con la protección, afecto,

conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio y orden biológico natural (Arévalo, 2004). Así mismo independientemente de los cambios en la posición de la mujer en la sociedad moderna, esta sigue desempeñando un papel esencial en la educación de los hijos, por lo general asume la mayor parte de las responsabilidades referidas a la crianza y a la educación de los mismos, además sostiene una mayor comunicación que la que mantienen estos con el padre (Valdés, 2007).

Para Limiñana et al, (2003) entre la mujer y la expectativa de tener un hijo/a nacen numerosas fantasías, que determinarían la relación de esa madre con el niño/a; por lo que Johnson y Martínez (1997) menciona que cuando una madre se enfrenta al hecho de tener un hijo con discapacidad sufre un duro golpe en su yo experimentando un sentimiento de autocompasión. Cuando el problema no es detectado en el nacimiento o en la primera etapa de desarrollo del niño o se da en los primeros años de escolaridad debido a la enfermedad o accidente, generalmente es la madre la que se da cuenta de la situación y al ser confirmada su sospecha es la primera afectada, principalmente en el aspecto emocional y en general en toda su vida.

La vivencia de la discapacidad de un hijo altera profundamente los vínculos que se establecen con ese niño, daña inevitablemente su capacidad para “amar”, sus sentimientos oscilarán del amor al rechazo, de la sobreprotección a la negación, en una lucha sin sentido para hacer frente a las propias expectativas y a las demandas reales o percibidas de quienes lo rodean (Limiñana et al, 2003).

A ello ha de añadirse otras circunstancias que hondan más el sufrimiento además de la incomprensión de la madre se presentara la pérdida de expectativas de control sobre la conducta del hijo, las atribuciones negativas que sobre él se hacen, el miedo al

futuro, la renuncia a su trabajo y por ende a las cargas económicas adicionales que ello supone. Debido a esto, Cangelosi (2006) señala que las madres presentan una tendencia a la aflicción, creando sentimientos de culpa por lo que necesitan exteriorizar sus sentimientos, ayudando así a evitar la depresión.

De la misma manera la presencia de un hijo con discapacidad cuestiona a la madre, en tanto generadora de un producto fallido, efecto de falla que condicionara la función materna, produciendo efectos que pueden llevar al aniquilamiento psíquico del hijo, lo que conlleva a un obstáculo desde lo real del déficit que afecta en el sujeto no solo la capacidad cognitiva y adaptativa, sino en muchos casos la posibilidad de engendrar hijos (Homingo, 2006).

Para Zulueta (2000) este sentimiento de invalidez se presenta en madres que tienen su primer hijo, también en aquellas que han tenido hijos sanos antes, hay un temor grande a no poder volver a tener otro lo que les impedirá probablemente a quedar embarazadas, este sentimiento puede tener dos consecuencias; en algunos casos se vuelven a quedar embarazadas muy rápidamente para demostrar su validez y en otras renuncian a futuras maternidades, con lo que se cierra el círculo alrededor del niño así como su problemática. Si una madre revisa sus actividades durante el embarazo concluirá que no empleo ese tiempo de la forma más conveniente se sentirá responsable de la situación de su hijo, más si el embarazo no fue voluntario, se acentuara el sentimiento de culpabilidad (Jhonson y Martínez, 1997).

Mientras tanto, Zulueta (2000) considera que la madre movilizara fuerzas que la obligaran a luchar contra el problema, pero debe afrontar el dolor de perder al hijo perfecto con el que soñó, adaptarse a un nuevo ser que provoca sentimientos de

extrañeza, llorar al hijo imaginario y adaptarse al hijo real. La madre que ante todo es madre, se implicara profundamente más aun en el caso de la discapacidad, en los cuidados y tareas propias de la maternidad e ira asumiendo paulatinamente todas las tareas adicionales que supone el cuidado de un hijo con discapacidad (Limiñana et al; 2003).

Debido a esto, López (1997) refiere que es ella la que generalmente se apropia de la problemática del niño con discapacidad y muchas veces determina los lineamientos a seguir a partir de que se detecta el problema.

Iglesias (1999, citado en Díaz, 2004) refiere que a esto la mujer deja de ser lo que era para cuidar a este ser discapacitado, se transforma en actor clave siendo la voz y la memoria de este sujeto que trae está vivencia emocional de ser madres incompletas. Muchas veces, el discapacitado pasa a llenar un vacío en la vida de la madre lo que permite ocultar su fracaso como mujer además de sus propias inseguridades.

Debido a la excesiva preocupación de la madre por proteger a su hijo discapacitado, Núñez (2003) refiere que está llega a establecer una relación estrecha con ese hijo, que es criado por la ley materna, no es incorporado a una situación triangular por lo que queda ocupado el lugar de un “niño eterno” de esa madre, esta es proveedora de “amor sublime” muchas veces reactivo a sentimientos de hostilidad, rechazo o deseos de muerte que suelen permanecer inconscientes por lo que la pobre participación del padre deja a la madre y a su hijo expuestos a una relación sin límites afectando el proceso de estructuración psíquica de estos menores (Cangelosi, 2006).

Es así que en estos casos la discapacidad marca de manera singular el rol materno originándose una atribución unilateral de todo el significado de la discapacidad. Zulueta (2000) concluye que lo anterior se debe a que las madres temen mucho a la autonomía de su hijo con discapacidad, porque los ven desvalido y no confían en que puede hacer las cosas.

1.5.3 Paternidad ante la discapacidad:

Tradicionalmente se ha ubicado al padre como figura de autoridad, de respeto, el que impone la ley, el que sabe o supuestamente sabe, el que protege, el que provee, el que brinda seguridad por su mayor fortaleza (Aray, 1992).

El atributo fundamental que se otorga a la masculinidad, es el poseer las cualidades de ser buen padre proveedor, esto implica desarrollar sus capacidades tanto productivas como de competencia. Para Sinay (2001) la paternidad en términos generales representa para un hombre, una oportunidad para confrontarse con su propia identidad de varón, de registrarla, de profundizar en ella, de conocerse.

A diferencia de las mujeres que a lo largo de la vida se van cuestionando, afirmando y evaluando su práctica materna, los varones se enfrentan a la paternidad cuando nace su primer hijo, en ocasiones hasta que ese hijo ha crecido por que todavía persiste la idea de que las expertas en la crianza son las mujeres (Torres, 2004). Para los varones, el tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad, quien piensa en él como un ser en el que pudiera reflejarse.

Núñez (2003) señala que ante el hijo discapacitado el padre lo sentirá como una herida en su virilidad, en la medida que la descendencia que es la portadora del apellido paterno ha quedado como algo trunco, más aun cuando se trata del primer hijo varón, esta descendencia suele ser percibida como una falla en la línea generacional. A ello ha de incorporarse otras circunstancias, se refiere a la respuesta de negación en la que el padre no quiere aceptar que su hijo es diferente de los niños “normales” o incluso tampoco aceptar la severidad del problema del niño, el varón muchas veces mostrara una preferencia por el hijo o hija “normal” y una marginación del que presenta características diferentes en su desarrollo (Ortega, Torres, Reyes y Garrido, 2010).

El padre (más aún si el hijo es un varón) presenta considerablemente menor satisfacción con la vida a través de los años, esto refuerza la idea de que los padres tienen más probabilidades de tener problemas de adaptación, por lo que muchos de ellos se encuentran menos satisfechos en su papel de paternidad (Cunningham, 2000). Así mismo Cangelosi (2006), afirma que en muchos casos son los padres los que sufren mayor depresión debido quizá a la dificultad que tiene para expresar sus afectos. Mientras que en otros casos el padre puede recurrir a la racionalización e intelectualización del problema, dedicando su tiempo a estudiar e investigar sobre la temática de la discapacidad y acumular información que en ocasiones excede la que maneja el profesional, aunque la mayoría de las veces queda a cargo en forma exclusiva del mantenimiento económico de la familia y vuelca la mayor parte de las energías en el exterior.

Además de los diversos sentimientos, el exceso de demandas económicas que se presentan con la discapacidad del hijo, es importante recalcar que muchos padres suelen sentirse cansados, es aquí cuando surge una primera decisión; si quedarse o alejarse de esta familia, en la cual muchos optan por la segunda opción (Díaz, 2004).

Novel et al (2000) menciona que las expectativas que se tienen de los hijos no siempre responden a la realidad y los padres deben aprender a comprender cuáles son sus motivaciones, que necesidades tiene el hijo/a y como establecer una relación paterno/materno filial constructiva y saludable.

Todos estos sentimientos antes descritos, que se presentan tanto en los padres como en las madres ante la discapacidad de su hijo, podrían ser útiles y necesarios para el proceso de asimilación de la situación que enfrentan (Díaz, 2004). Aunque para Peláez, Martínez y Leonhardt (2009) lo que realmente expresan los padres y madres con estos sentimientos, es que necesitan tiempo, orientación, comprensión, e información que les proporcione la oportunidad de hallar su propio equilibrio y reconciliar sus lógicos conflictos internos.

Finalmente y de acuerdo con López (1997) cuando se logra un equilibrio entre el padre y la madre, el hijo con discapacidad se verá beneficiado en muchos aspectos (rehabilitación, consultas médicas, terapias entre otros), además de que no se entorpecerá el crecimiento de ninguno de los miembros de la familia.

CAPÍTULO 2 AFRONTAMIENTO

2.1 Definición de afrontamiento

El afrontamiento consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Su importancia radica en la relación que guarda con la teoría del estrés, porque así se conocen las situaciones que el individuo enfrenta (Zavala Yoe, Larizza; Rivas Lira, Raúl Alberto; Andrade Palos, Patricia y Martínez Reidi, Lucy María, 2008).

Lazarus y Folkman (1986), definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona así como su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Del mismo modo Lazarus y Folkman (1986), aportan la siguiente definición de afrontamiento: “ante situaciones estresantes las personas despliegan esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento, por un lado puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta, pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos, el aspecto motivacional también puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas, habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales (Lazarus y Folkman, 1986 citado en Zavala et al, 2008).

2.2 Teoría del afrontamiento

La teoría de Lazarus tiene como antecedente la influencia de los modelos psicoanalíticos de la psicología clínica de la personalidad, que dio forma a la psicopatología, asociada con estilos particulares de defensa de los individuos ante estímulos específicos del medio. Dentro del modelo de la psicología del yo, el afrontamiento incluye procesos cognitivos como la negación, la represión, la intelectualización, conductas de resolución del problema que son empleadas para reducir la ansiedad y manejar las situaciones conflictivas (Lazarus y Folkman, 1998).

Dentro de la teoría se manejan dos tipos de afrontamiento: El afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a la emoción. El afrontamiento por lo tanto es útil para “manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción)” (Lazarus y Folkman, 1984). Uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento surge del modelo cognitivo del estrés desarrollado por Lazarus y sus colaboradores a partir de las investigaciones

desarrolladas en el Berkely Stress and Coping Project en los años setenta. Desde este modelo el afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986).

Desde esta perspectiva teórica se resalta la relevancia de las variables cognitivas, y el estrés psicológico se entiende desde la relación entre la persona y el ambiente, cuando las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales. Dicha evaluación incluye dos procesos: la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

1. Evaluación primaria: La persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío, pérdida o daño.
2. Evaluación secundaria: Evaluada la situación como estresante, la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización.

Así, es mérito del modelo cognitivo del estrés ampliar el concepto de afrontamiento e incluir algunos aspectos innovadores que son clave en la concepción actual del afrontamiento y supone un avance frente a los modelos psicodinámicos.

Lazarus señala que en la teoría del afrontamiento existen dos tipos de abordaje: uno de ellos hace énfasis en lo que es el estilo, que son las características de afrontamiento

como rasgos de personalidad y el otro que destaca los procesos, que son los esfuerzos para manejar el estrés dentro de un contexto adaptativo.

Lazarus y Folkman (1986) destacan entre las características del afrontamiento: un abanico temporal amplio, que abarca la situación presente, pasada y la anticipación de una situación estresante futura: un carácter globalizador que incluye tanto las defensas como las estrategias de afrontamiento; una naturaleza interactiva entre la persona así como el entorno, un carácter dinámico y su independencia de los resultados. Se describe el afrontamiento en función de lo que una persona hace o piensa y no en términos de la adaptación o el control de la situación.

2.3 Estrategias de afrontamiento

Dentro de la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman, (1984), se manejan dos tipos de afrontamiento:

1. *Afrontamiento orientado al problema*: Generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo, beneficio, elección y aplicación. Es útil para manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación.
2. *Afrontamiento orientado a la emoción*. Este grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores

positivos a los acontecimientos negativos. Su función principal es regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia

De los 2 tipos de afrontamiento mencionados anteriormente Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: Constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. Planificación: Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. Aceptación de la responsabilidad: Indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el sujeto por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.
5. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

6. Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el sujeto realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Por lo que se puede señalar que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares.

2.4 Afrontamiento de los padres ante la discapacidad

El deseo de tener un hijo, no está libre de contrariedades. Cuando un hijo nace, los padres sienten por un lado que es un regalo y por otra parte suelen experimentar un compromiso que temen no poder asumir. Esta responsabilidad frente al nacimiento de

un niño enfermo se complica. Estudios al respecto (2005) expresan que los padres, ante esta situación, habitualmente se preguntan, con temor o con angustia el por qué tienen que enfrentar esta situación (Chiappello MB, 2006).

Romero R. (2009) explica que desde el enfoque familiar se ha encontrado que la presencia de un hijo con discapacidad desajusta el estilo de vida de la familia; los padres lo describen como un golpe a su estabilidad y es la causa por la que solicitan apoyo para aminorar el nivel de ansiedad y estrés.

Como lo menciona Núñez, B (2003) la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta un desequilibrio total (físico, emocional, espiritual, cognitivo y económico) desde el momento de la sospecha, hasta la confirmación del diagnóstico; enfrentar este desequilibrio para la familia puede ser la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, así como el riesgo de trastornos o desviaciones en algunos de sus miembros, sin embargo, los conflictos dependen de los recursos que tiene la familia para adecuarse a esta situación.

Según el estudio llamado “Desarrollo familiar, estrés familiar y su afrontamiento”; realizado en Perú (1999) encontró la forma en la que las familias afrontan la enfermedad de sus hijos: El 47.5% de las familias realizan una acción conjunta institucional y apoyo familiar; el 37% dan al niño exclusivamente apoyo institucional; el resto de las formas de resolución de la enfermedad del hijo se dividen en acciones individuales de los miembros familiares (4.9%), acciones exclusivamente familiares (3.7%) y otras acciones como son trabajar más, conseguir más dinero (3.7%).

Cuando las familias jerarquizaron los problemas según importancia resultó que el principal problema que refieren se debe a la enfermedad del hijo, en un 45.7% de los casos, seguido en orden de frecuencia de los problemas económicos en un 36.4%. El afrontamiento a los problemas familiares en la mayoría de las familias se da bajo la forma de un afrontamiento conjunto de problemas. Otra forma de afrontamiento es la evasión, la cual se presenta como un recurso diferencial. Las redes de apoyo social son utilizadas por las familias en una menor proporción de los casos, principalmente para afrontar los estresores intersistemicos.

La actitud que la familia asume ante la experiencia de tener un hijo con discapacidad es influenciada por diversos factores personales y sociales, según Cortes R (2009) los padres frecuentemente se niegan a aceptar la dura realidad, presentando una estrategia de no aceptación del hecho, planteando la posibilidad de un error diagnóstico. Los padres y/o familia de un niño con algún tipo de discapacidad atraviesan por diferentes fases similares a las etapas de duelo producidas por la pérdida de un ser querido y desarrollan un sentimiento de dolor.

La llegada al hogar de un hijo con dificultades genera una crisis de pareja que puede llegar a desestabilizarla seriamente o unirla más; la familia no sólo se enfrenta a su propio dolor, se ve expuesta también a las reacciones sociales negativas, como el temor, la ambivalencia, el alejamiento y rechazo a la situación de discapacidad (Cortes R, 2009).

2.5 Afrontamiento y emociones

La teoría del afrontamiento de Lazarus (1984, 1986, 1988, 1991, 2000), apunta hacia el estudio de la emoción asegurando que se debe tomar en cuenta la cognición, la motivación y la adaptación. La idea central es el proceso de evaluación cognoscitiva, que se refiere al proceso de toma de decisiones para evaluar los daños además de los beneficios presentes en las interacciones de las personas con su ambiente.

Ante situaciones estresantes las personas pueden presentar conductas de acercamiento-evitación o procesos definitivos para enfrentar demandas complejas, así como un amplio rango de estrategias cognitivo-conductuales que las ayudan a resolver problemas regulando sus funciones emocionales (Felton y Revenson, 1984).

Folkman (1984), menciona que la persona así como el ambiente están en una relación dinámica constantemente cambiante, esa relación es bidireccional, donde el individuo actúa sobre el medio y viceversa. Ante un estímulo estresante proveniente del medio, el organismo realiza una evaluación proporcionando estrategias de afrontamiento a las que se suman expresiones emocionales, actuando en consecuencia dando una serie de respuestas. Tanto la evaluación que realiza la persona como sus emociones concomitantes, influyen en los procesos de afrontamiento.

La alteración de la relación de la persona con su medio es reevaluada produciendo un cambio en la intensidad de la emoción. Visto así el afrontamiento es un mediador de la respuesta de la emoción, como mediador el afrontamiento surge durante el encuentro transformando la evaluación cognoscitiva original y su emoción concomitante de algún modo. Por lo tanto para saber si un evento es vivido como estresante, es necesario conocer la interpretación que se hace de él (Lazarus, 1991 citado en Zavala et al, 2008).

Con lo anterior se puede observar la interrelación que existe entre emociones y afrontamiento, además de la influencia que las emociones tienen en el proceso de afrontamiento de las personas, aunado a esto la toma de decisiones es de suma importancia ya que si se logra un equilibrio entre estos tres aspectos: emociones, afrontamiento además de la toma de decisiones se podrá llegar a una correcta estrategia de afrontamiento, lo cual generara un bienestar en la persona.

CAPÍTULO 3: EMOCIONES

3.1 Definición de emociones

“Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla, en ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla” (Wenger, Jones y Jones, 1962).

La búsqueda por comprender las emociones se remonta al tiempo inmemorial en que se desarrollaron los ideales del amor y del deseo, aun antes de que existieran palabras para expresarlos. A lo largo de la historia el ser humano ha percibido las emociones de distintas manera. Los guerreros las consideraban una debilidad, al disminuir la concentración, y la devoción de sus soldados; para los artistas, son el origen de toda creatividad; para los protectores de la paz y cuerpos de ayuda, éstas ofrecen un estímulo para anteponer el bienestar ajeno al propio, lo cual también aplica para los integrantes de una familia; para los científicos así como para los médicos, las emociones son un fenómeno secundario a las experiencias presentadas en la vida, mismas que interfieren con la objetividad de una persona (Ramos Frayjo Martínez, 2014).

Según Ramos Frayjo Martínez (2014), la definición de emoción varía según el campo que busque definirla, aunque el doctor Levenson del Departamento de Psicología de la Universidad de Berkeley, California (2014) ofrece el siguiente concepto:

“Las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modelos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria.”

Fisiológicamente las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más afectivo.

Conductualmente, las emociones sirven para establecer la posición con respecto al entorno, sirven como impulso hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas, pero también pueden provocar el alejamiento de otros.

Así mismo las emociones actúan también como depósitos de influencias innatas así como las aprendidas, y poseen ciertas características invariables además de otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas.

Mariano Chóliz (2005) define las emociones como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica la cual comprende tres sistemas de respuesta cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico adaptativo.

Para Simón (1998), la emoción humana es sin duda uno de los elementos que le dan sabor al diario existir. Por lo que se puede decir que sin las emociones, nuestra vida sería incompleta y evidentemente nos privaríamos de una forma de comunicación esencial para nuestra supervivencia y adaptación social. Esto se enfatiza más por el hecho de que una gran variedad de especies biológicas presentan conductas emocionales como un factor de relevancia para organizar su conducta desde hace aproximadamente 250 millones de años.

Con respecto a lo anterior Damasio, (1999), menciona que las emociones de enojo, alegría, miedo disgusto, etc.; son estados emocionales que permiten conocer las diferentes formas del ser humano, pero al mismo tiempo al igual que en otras especies, estos estados emocionales se asocian a estrategias de éxito que se relacionan con conductas de supervivencia, como el ataque, la huida, la evasión, etc. Este repertorio emocional intrínseco a nuestra naturaleza humana, querámoslo o no, funge como una serie de indicadores relevantes en la toma de decisiones (correctas o incorrectas) que realizamos a diario.

Es necesario entender que, desde una perspectiva evolucionista, nuestra especie fue primero una especie emocional y después una especie con pensamientos, esto es, ***somos seres emocionales con pensamiento y no seres pensantes con emociones.***

Es por esto la gran importancia que tiene las emociones en nuestra vida diaria ya que de ellas dependerá nuestro bienestar humano.

3.2 Emociones básicas

Mariano Chóliz (2005) menciona que la asunción de la existencia de emociones básicas deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los seres humanos las cuales se expresan de forma característica. La diferencia entre las mismas no podría establecerse en términos de gradación en una determinada dimensión, sino que serían cualitativamente diferentes.

Con lo anterior y como lo establece Izard 1991; (citado en Chóliz, 2005), los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

1. Tener un sustrato neural específico y distintivo.
2. Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
3. Poseer sentimientos específicos y distintivos.
4. Derivar de procesos biológicos evolutivos.
5. Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativa.

Ante esto Ekman uno de los autores relevantes en el estudio de las emociones, considera que son que son seis las emociones básicas *ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo*, esto debido a que existen ciertos patrones de reacción afectiva distintivos, generalizados que suelen mostrar una serie de características comunes en todos los seres humanos (Ekman, 1973; 1989, 1993; Ekman, O'Sullivan y Matsumoto, 1991, citado en Chóliz, 2005).

1. **IRA**: Es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción (Piqueras Rodríguez, 2009). Se define como una reacción de irritación, furia o cólera causada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos. Izard (1991) citado en Chóliz (2005), describe la ira como una respuesta emocional primaria, que se presenta cuando un organismo se ve bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

2. Alegría: Es el sentimiento positivo que surge cuando la persona experimenta una atenuación en su estado de malestar, cuando consigue una meta o cuando tiene una experiencia estética. Su duración es breve y ocasionalmente se experimenta un estado de placer intenso o éxtasis. Se encuentra dentro del nivel más básico de las emociones de bienestar.

La alegría es el significado y el propósito de la vida, el sentido de la existencia humana. Definición de Aristóteles.

3. Asco: Es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo, es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas más patentes (Chóliz, 2005).
4. Tristeza: Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denotan pesadumbre o melancolía, aunque se considera una emoción displacentera, no siempre es negativa, ya que existe una gran variabilidad cultural, incluso en algunas culturas no existen palabras para definirla (Piqueras Rodríguez, 2009). Lazarus (1991) citado en Piqueras Rodríguez, (2009) menciona que la gente utiliza el término “triste” de forma indiferenciada para describir sus reacciones emocionales ante una gran variedad de circunstancias dañinas.
5. Sorpresa: Reacción causada por algo imprevisto o extraño, como consecuencia de ello la atención y memoria de trabajo, se dedican a procesar la estimulación responsable de la reacción.

6. Miedo: Sentimiento producido por un peligro presente e inminente por lo que se encuentra muy ligado al estímulo que lo genera. Se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta conducta de huida o de agresión; (Sandin & Chorot, 1995; citado en Piqueras Rodríguez, 2009)

A continuación se muestran las tablas descriptivas de las emociones básicas de acuerdo a Mariano Chóliz (2005).

FELICIDAD:	
Características	La felicidad favorece la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos ambientales. No es fugaz, como el placer, sino que pretende una estabilidad emocional duradera (Delgado, 1992).
Instigadores	-Logro, consecución exitosa del objetivo que se pretenden. -Congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales y en la comparación con los demás (Michalo, 1986).
Actividad fisiológica	-Aumento en actividad en el hipotálamo, septum y núcleo amigdalino (Delgado, 1992). -Aumento en frecuencia cardiaca, si bien la reactividad cardiovascular es menor que en otras emociones, como ira y miedo (Cacioppo y Cols; 1993). -Incremento en frecuencia respiratoria (Averill, 1969).

<p>Procesos cognitivos implicados</p>	<p>-Facilita la empatía lo que favorecerá la aparición de conductas altruistas (Isen, Daubman y Norwicky, 1987).</p> <p>-Favorece el rendimiento cognitivo, solución de problemas y creatividad (Isen y Daubman, 1984), así como el aprendizaje y la memoria (Nasby y Yando, 1982).</p> <p>-Dicha relación, no obstante, es paradójica, ya que estados muy intensos de alegría pueden enlentecer la ejecución e incluso pasar por alto algún elemento importante en solución de problemas y puede interferir con el pensamiento creativo (Izard, 1991)</p>
<p>Función</p>	<p>-Incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida.</p> <p>-Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favorece el altruismo y empatía (Isen, Daubman y Norwicky, 1987).</p> <p>-Establece nexos y favorece la relaciones interpersonales (Izard, 1991).</p> <p>-Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad (Meadows, 1975)</p> <p>-Favorece proceso cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental (Lansgsdorf, Izard, Rayia y Hembree, 1983)</p>
<p>Experiencia subjetiva</p>	<p>-Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática.</p> <p>-se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia.</p>

IRA	
Características	La ira es el componente emocional del complejo AHÍ (Agresividad-Hostilidad-Ira). La hostilidad hace referencia al componente cognitivo y la agresión al conductual. Dicho síndrome está relacionado con trastornos psicofisiológicos, específicamente las alteraciones cardiovasculares (Fdez.-Abascal y Martín, 1994).
Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> -Estimulación aversiva, tanto física y sensorial, como cognitiva (Nerkowitz, 1990) -Condiciones que generan frustración (Miller, 1941), interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas (Izard, 1991), o atentados contra valores morales (Berkowitz, 1990). -Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo (Kinner, 1953). -Inmovilidad (Watson, 1925), restricción física o psicológica (Campos y Stenberg, 1981).
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> -Elevada actividad neuronal y muscular (Tomkins, 1963). -Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardíaca y presión arterial (Cacioppo y Cols., 1993).
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> -Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración (Stein y Jewett, 1986). -Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos.
Función	-Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque (Averill, 1982).

	-Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión (Lemerise y Dodge, 1993), al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.
Experiencia subjetiva	-Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. -Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia.

MIEDO	
Características	El miedo y la ansiedad quizá sean las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se han desarrollado un arsenal de técnicas de intervención desde cualquier orientación teórica en psicología. El componente psicológico son los trastornos por ansiedad están relacionados con una reacción de miedo desmedida e inapropiada. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales, y psicosomáticos. La distinción entre ansiedad y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que la ansiedad es desproporcionadamente intensa con la supuesta peligrosidad del estímulo (Bermúdez y Luna, 1980; Miguel-Tobal, 1995).

Instigadores	<p>-Situaciones potencialmente peligrosas o estímulos que producen reacciones de miedo. Los estímulos condicionados a una reacción de miedo pueden ser de lo más variado y, por supuesto, carecer objetivamente de peligro.</p> <p>-Situaciones novedosas y misteriosas, especialmente en niños (Schwartz, Izard y Anul, 1985)</p> <p>-Abismo visual (Gibson y Walk, 1960) en niños, así como altura y profundidad (Campos, Hiatt, Ramsay, Henderson y Svejda, 1978).</p> <p>-Proceso de valoración secundaria que interpreta como una situación como peligrosa (Lazarus, 1977, 1991)</p> <p>-Dolor y anticipación del dolor (Fernández y Turk, 1992)</p> <p>-Pérdida de sustento (Watson, 1920) y, en general, cambio repentino de estimulación.</p>
Actividad fisiológica	<p>-Aceleración de la frecuencia cardiaca, incremento de la conductancia y las fluctuaciones de la misma (Cacioppo y Cols, 1993)</p>
Procesos cognitivos implicados	<p>-Valoración primaria; amenaza. Valoración secundaria: ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas (Lazarus, 1993).</p> <p>-Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación. Focalización de la percepción casi con exclusividad en el estímulo temido.</p>
Función	<p>-Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa. El miedo es la reacción emocional más relevante en los procesos de reforzamiento negativo (Pierce y Epling, 1995).</p> <p>-Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante el mismo.</p>

	-Moviliza gran cantidad de energía. El organismo puede ejecutar respuesta de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento (Yerkes y Dodson, 1908).
Experiencia subjetiva	-Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar. -Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud. -Sensación de pérdida de control.

TRISTEZA	
Características	-Aunque se considera tradicionalmente como una de las emociones displacenteras, no siempre es negativa (Stearns, 1993). Existe gran variabilidad cultural e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla.
Instigadores	-Separación física o psicológica, pérdida o fracaso (Camras y Allison, 1998). -Decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. -Situación de indefensión, ausencia de predicción y control. Según Seligman (1975) la tristeza aparece después de una experiencia en la cual se genera miedo debido a que la tristeza es el proceso oponente del pánico y actividad frenética. -Ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas (Lewinsohn, 1974). -Dolor crónico (Sternbach, 1978, 1982)

Actividad fisiológica	-Actividad neurológica elevada y sostenida (Reeve, 1994). -Ligero aumento de frecuencia cardiaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (Sinha, Lovallo y Parsons, 1992).
Procesos cognitivos implicados	-Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado (Stein y Levine, 1990). -Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación (Stein y Levine, 1990). -La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (triada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son, según Beck, los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional (Beck, 1983).
Función	-Cohesión en otras personas, específicamente en aquéllos que se encuentran en la misma situación (Averill, 1979). -Disminución en el ritmo de actividad. Valoración de otros aspectos de la vida que antes de la pérdida no se les presentaba atención (Izard, 1991).
Experiencia subjetiva	-Desánimo, melancolía, desaliento. -Pérdida de energía.

SORPRESA	
Características	-Se trata de una reacción emocional neutra, que se produce de forma inmediata ante una situación novedosa o extraña y que se desvanece rápidamente, dejando paso a las emociones congruentes con dicha estimulación (Reeve, 1994).
Instigadores	-Estímulos novedosos débiles o moderadamente intensos, acontecimientos inesperados.

	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento brusco de estimulación. -Interrupción de la actividad que se está realizando en ese momento.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> -Patrón fisiológico característico del reflejo de orientación: disminución de la frecuencia cardiaca. -Incremento momentáneo de la actividad neuronal.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> -Atención y memoria de trabajo dedicadas a procesar la información novedosa. -Incremento en general de la actividad cognitiva.
Función	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la aparición de la reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas. Eliminar la actividad residual en sistema nervioso central que pueda interferir con la reacción apropiada ante las nuevas exigencias de la situación (Izard, 1991). -Facilitar procesos atencionales, conductas de exploración e interés por la situación novedosa (Berlyne, 1960). -Dirigir los procesos cognitivos a la situación que se ha presentado (Reeve, 1994).
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> -Estado transitorio. Aparece rápidamente y de duración momentánea hasta para dar paso a una reacción emocional posterior. -Mente en blanco momentáneamente. -Reacción afectiva indefinida, aunque agradable. Las situaciones que provocan sorpresa se recuerdan no tan agradables como la felicidad, pero más que emociones como ira, tristeza, asco o miedo (Izard, 1991). -Sensación de incertidumbre por lo que va a acontecer.
Características	<p>El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes. La mayoría de las</p>

	<p>reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de fumar rápido (Becoña, 1985).</p>
Instigadores	<p>-Estímulos desagradables (químicos fundamentalmente) potencialmente molestos o peligrosos. .Estímulos condicionados aversivamente, los estímulos suelen ser olfativos o gustativos.</p>
Actividad fisiológica	<p>-Aumento de reactividad gastrointestinal. -Tensión muscular</p>
Función	<p>-Generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Los estímulos suelen estar relacionados con la ingesta de forma que la cualidad funcional es olfativa u olorosa (Darwin, 1972/1984), si bien los estímulos pueden asociarse a cualquier otra modalidad perspectiva (escenas visuales, sonidos, etc.) -A pesar de que algunos autores restringen la emoción de asco a estímulos relacionados con alimentos en mal estado o potencialmente peligroso para la salud (Rozin y Fallon, 1987), lo cierto es que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación que no tenga por qué estar relacionada con problemas gastrointestinales. Incluso puede producirse reacción de asco ante alimentos nutritivos y en buen estado. -Potenciar hábitos saludables, higiénicos y adaptativos (Reeve, 1994).</p>

Experiencia subjetiva	-Necesidad de evitación o alejamiento del estímulo. Si el estímulo es oloroso o gustativo aparecen sensaciones gastrointestinales desagradables, tales como náuseas.
-----------------------	--

3.3 Función de las emociones

Mariano Chóliz (2005), establece que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad lo cual permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994) las emociones tienen tres funciones principales:

1. Funciones adaptativas
2. Funciones sociales
3. Funciones motivacionales

Funciones adaptativas: Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandó la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo fue puesta de manifiesto por Darwin (1872/1984) quien argumentó que la emoción sirve para facilitar la

conducta apropiada lo cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación

Funciones sociales: Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Izard (1989) destaca varias funciones sociales en las emociones como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta pro social. Emociones como la felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación.

Funciones motivacionales: La relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que poseen las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos etc.

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigida hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Toda conducta motivada produce una

reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y otras no.

3.4 Teoría de las emociones

Según algunos autores la emoción es una consecuencia de los procesos cognitivos. Las diferencias entre los diferentes acercamientos teóricos estriba en el papel que le otorgan a determinado proceso en la génesis de las reacciones emocionales (Cano, 1995., citado en Chóliz, 2005).

En las aproximaciones cognitivas iniciales de la emoción se defendía que la reacción ante una situación era de tipo fisiológico, consistente en un incremento difuso y generalizado de la activación. Posteriormente, la interpretación cognitiva de dicha reacción fisiológica es la que determinara la cualidad de la emoción (Marañón 1924; Schachter y Singer, 1962; Mandler, 1975; citado en Chóliz 2005). En cualquier caso la emoción necesariamente surgiría como consecuencia de dos factores activación e interpretación cognitiva. La magnitud de la reacción fisiológica determinaría la intensidad de la reacción emocional, mientras que los procesos cognitivos darían razón en la cualidad de la misma.

Posteriormente, Arnold (1960), señalaría que los procesos cognitivos no surgen solamente después de haberse producido una reacción fisiológica y como interpretación de la misma, sino que produce una evaluación primaria de la situación ambiental antes incluso de la propia reacción fisiológica. Se trata de una primera interpretación global del estímulo como bueno o malo (es decir, agradable/desagradable, beneficioso/peligroso, etc.).

Más recientemente Mandler (1989), argumenta que si bien las dos variables principales implicadas en la génesis de las reacciones emocionales son el arousal (activación fisiológica) y la interpretación cognitiva, son estas últimas las que determinan la emoción. El arousal solamente sería el sustrato. La relevancia del arousal sería muy limitada, ya que las personas solamente son capaces de distinguir entre un arousal elevado y otro bajo, pero no el nivel de otras variables fisiológicas concretas, de forma que el grado de activación ejercería un papel indiferenciado únicamente en el grado de la intensidad de la emoción. Incluso la propia activación podría producirse por una incongruencia de los esquemas cognitivos (ocurrencia de un hecho inesperado o no ocurrencia de un evento previsto). Esta activación a su vez, instiga a una interpretación cognitiva de la situación que es la que determinaría la cualidad de la emoción.

Así pues desde Mandler a Lazarus, los autores que defienden posiciones cognitivas han ido otorgando progresivamente un papel de relevancia a los procesos cognitivos que el simple etiquetado de una reacción fisiológica, e incluso han destacado que lo verdaderamente necesario para que se produzca una emoción son los procesos cognitivos implicados.

De entre todos los procesos cognitivos, los más destacables son los siguientes:

1. Procesos de valoración cognitiva: Lazarus (1977, 1993) citado en Chóliz (2005) desarrolla su modelo teórico de las emociones basándose en la teoría cognitiva del estrés que había establecido con anterioridad (Lazarus, 1966). Para lo cual Lazarus (1982) postula este modelo, en un primer momento se evalúan las consecuencias positivas o negativas de una situación determinada (valoración

primaria). Posteriormente se analizan los recursos que se poseen para hacer frente a dicha situación (valoración secundaria). La cualidad de la reacción emocional es consecuencia directa de los procesos de valoración cognitiva y cada evaluación conduce a un tipo de emoción, manifestada por una tendencia a acción y expresión características.

Sin embargo no es adecuado plantear si la emoción precede a la cognición o si es consecuencia de la misma. La reacción es bidireccional y ambas están intrínsecamente unidas, ya que la cognición es una parte fundamental de la emoción, que le proporciona la evaluación del significado.

2. Atribución de causalidad: Según Weiner (1980, 1985, 1986; 1992, 1993, citado en Chóliz 2005) la reacción emocional puede analizarse siguiendo la secuencia *atribución-emoción-acción*. Específicamente después de la ejecución conductual acontece una valoración primaria ceñida a las consecuencias agradables o desagradables de la misma. Surgiría una primera emoción preliminar. En un segundo momento, y esto es lo verdaderamente relevante para Weiner, se analizan las causas de dicho resultado. En función de dicha atribución de causalidad emerge la emoción más elaborada. Dicha emoción será la que ejerza ulteriormente un papel motivacional en la conducta posterior.
3. Control de evaluación de los estímulos: Según Scherer (1993, citado en Chóliz 2005) los estímulos intensos o externos se evalúan jerárquicamente y organizadamente en una serie de pasos, o fases. Como consecuencia de dicho proceso de evaluación emergen de las emociones correspondientes. Dado el valor adaptativo de las emociones y el papel que ejercen en la supervivencia, se entiende que dicho control se ejecute de forma jerárquica y ordenada. La

secuencia es la siguiente: 1) Novedad del estímulo (lo que supone una primera valoración de la peligrosidad del evento) 2) dimensión placentera-displacentera, 3) si proporciona la consecuencia de una meta o una necesidad, 4) capacidad de enfrentar a la situación y consecuencias sobre el organismo y 5) compatibilidad de las normas sociales o personales. cada una de las emociones puede analizarse en función de esta secuencia de evaluación. Las que han sido estudiadas con mayor profundidad de acuerdo con este esquema son: alegría, tristeza, vergüenza, ira, asco y miedo.

4. Imágenes mentales: Lang (1990, citado en Chóliz 2005), postula que las imágenes mentales pueden entenderse como una estructura posicional que incluye componentes perceptivos y semánticos. Semejante estructura proposicional de la imagen es la que induce las reacciones fisiológicas que acompañan a las emociones, de forma que puede utilizarse el entrenamiento en imaginación para el control de diferentes procesos o alteraciones emocionales, dado que las respuestas fisiológicas inducidas están directamente relacionadas con el tipo de imagen entrenada.

3.5 Reacciones emocionales en los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad modelo Kübler-Ross.

En las familias donde existe un hijo con requerimientos de educación especial, este solo hecho produce un gran impacto sobre los padres, quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, coraje, vergüenza, angustia temor etc. (Buscalia, L.F, 1970; Toscano, S.J., 1968 Y Thurston, J.R., 1959; citado en Salgado, 2003). Surge en

ellos un desequilibrio emocional, social además de económico, que aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño, que limita o impide su rehabilitación.

Toda deficiencia (física o mental) debe ser considerada en doble aspecto: El de su propia realidad, tanto en intensidad como en extensión y en la repercusión psicológica que produce en el individuo y en su entorno social-familiar (Salgado, 2003).

Ante situaciones inesperadas, por ejemplo la discapacidad de un hijo, los individuos atraviesan por diferentes etapas emocionales Elizabeth Kubler-Ross (2004), hace un análisis de estas fases y considera que cada una de ellas puede mantenerse durante algún tiempo, sucederse reemplazando una a otra, o bien, se pueden presentar simultáneamente; pero en todas ellas prevalecen ideas e ilusiones con respecto a la discapacidad en cuestión, que se manifiestan a través de creencias sobre la situación del niño, como que llegara a ser normal porque se inventaran técnicas terapéuticas nuevas o medicamentos o que se dará un milagro.

Para Kübler-Ross, las diferentes etapas por las que atraviesan los padres son:

1. Negación: Se conservan las esperanzas de que puede existir algún error en el diagnóstico. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial.
2. Agresión: Los padres pueden agredirse mutuamente, o bien alguno de ellos puede culpar al otro por la problemática del niño. Es posible que también rechacen al hijo con alguna carga agresiva hacia este. Generalmente, el enojo

es desplazado hacia el médico, la religión o la vida. Quizás este sentimiento provenga, en gran parte de la impotencia y frustración que sienten los padres. Muchas veces esta fase culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

3. Negación: Aún no se acepta completamente el problema del niño, sin embargo, los padres se muestran abiertos al diálogo, a la negociación con el médico además de con el niño.
4. Depresión: Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, en general manifestaciones clínicas de la depresión.
5. Aceptación: Puede ser parcial o total , durar mucho tiempo o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a aparecer

Cuando algún pequeño tiene alguna discapacidad, generalmente, la reacción inicial de los padres produce una sintomatología depresiva de intensidad, formas de reacción, además de tiempo de recuperación variables que dependen de factores tales como el grado de incapacidad, desarrollo de la personalidad, adaptación vital de la familia antes de la llegada del hijo, el grado de éxito profesional y social, nivel intelectual, status socioeconómico, preferencias religiosas entre otros. La depresión ante el diagnóstico del hijo no solo la vive a nivel personal, también en su núcleo de relación interpersonal (Salgado, 2003).

Con lo anterior se puede concluir que ante la llegada de un hijo con discapacidad, los padres pasan por un duro y tormentoso proceso emocional con diferentes etapas (Negación, agresión, negación, depresión y aceptación), en dicho proceso puede haber recaídas o retrocesos hasta llegar a la aceptación tal y como lo menciona Elizabeth Kubler-Ross (2004).

Sin embargo y debido a la experiencia vivida en el Centro de Atención Múltiple (CAM) número 85 Mónica Pretelini de Peña, donde se realizó esta investigación y como lo mencionaron los padres de dicha institución, se puede establecer que más que llegar a la etapa de aceptación se llega a la adaptación es decir “aprender a vivir con la discapacidad”

CAPITULO 4 CURSO TALLER: EMOCIONES EN EL AFRONTAMIENTO

4.1 ¿Qué es un curso taller?

Es una modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría además de la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que los participantes realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente, que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica operante.

Bajo el enfoque actual de competencias, es considerado superior a los cursos puramente teóricos, ya que el curso-taller presenta el ambiente idóneo para el vínculo entre la conceptualización y la implementación, en donde el instructor permite la autonomía de los participantes bajo una continua supervisión y oportuna retroalimentación.

El grado de participación de los participantes involucrados es variable y aunque no se puede indicar exactamente, es evidente que no es tan grande como en el caso de un taller, pero tampoco es tan escasa como en un curso tradicional.

El curso-taller es un programa que se diseña, se organiza e imparte para generar enseñanzas sobre una materia o disciplina. Los cursos-taller promueven aprendizajes relevantes para el desempeño de las funciones reales de los participantes; constan de una exposición temática por parte de un facilitador experto (con apoyo de material audiovisual y gráfico) y de la participación activa del grupo (análisis grupal, trabajo en equipos, investigación documental). Su duración promedio es de 10 a 30 horas y se organiza por unidades, talleres (o sesiones) y actividades, incluyendo una evaluación de los aprendizajes.

En la última década se enriqueció el diseño de los cursos con los beneficios del trabajo en taller. Se constituyó la modalidad educativa del curso-taller que integra la orientación de un facilitador con la lectura, el análisis y la discusión grupal de materiales de apoyo generando productos conceptuales específicos a través de la realización de ejercicios grupales. Para su desarrollo contemplan el uso de documentos de apoyo como la guía del facilitador, un manual y un cuaderno de ejercicios para el participante; antologías, ficheros, guías de estudio además de otros materiales.

La finalidad de un curso-taller es que los participantes, de acuerdo con sus necesidades, logren apropiarse de los aprendizajes como fruto de las reflexiones además de las discusiones que se dan alrededor de los conceptos y las metodologías compartidas. Para alcanzar esto se requiere que un grupo de personas se responsabilice de organizar, conducir y moderar las sesiones, de tal manera que ayude y oriente al grupo de participantes a conseguir los objetivos del aprendizaje.

4.2 Características del curso-taller

1. El aprendizaje entre iguales.
2. El reconocimiento de las habilidades propias y las de otros.
3. El fortalecimiento y/o desarrollo de competencias.
4. Retroalimentación individual y grupal.
5. El compartir el liderazgo.
6. La toma de decisiones individuales y grupales.
7. La cohesión del grupo.
8. Comunicación multidireccional.
9. El reconocimiento y respeto a la diversidad.
10. Trabajo colaborativo.

11. El compartir conocimientos, experiencias y aprendizajes.
12. La confrontación de los conocimientos previos con las nuevas aportaciones del grupo.
13. El impulso de los procesos de aceptación del cambio.

4.3 Estructura del curso-taller.

La estructura de un curso-taller implica la realización de 4 momentos, los cuales se describen a continuación:

1. *Integración del grupo:* En los primeros momentos del evento se establecen las bases para crear un ambiente emocional en el cual los participantes se involucren y compartan expectativas de aprendizaje. Se recomienda iniciar con una actividad que favorezca la interacción, la confianza así como el respeto entre todos. Es importante dar a conocer los objetivos del curso-taller, de modo que los participantes identifiquen el sentido del mismo, así como la agenda de trabajo, de este modo se comprometerán y colaborarán en las actividades a desarrollar. Cuando los participantes ya se conocen, este momento del taller debe encauzarse a fortalecer los aspectos que contribuyen a su consolidación como grupo de trabajo (clima, comunicación, cooperación, liderazgo, resolución de conflictos).

2. *Rescate de saberes previos en torno a una problemática:* En esta parte del curso-taller los participantes definen y delimitan las problemáticas que están influyendo en su quehacer cotidiano y de trabajo (intereses y necesidades). El facilitador del evento, con base en sus experiencias además del

seguimiento realizado, identifica las necesidades e intereses de trabajo, de cada uno de los participantes, lo cual facilitara la preparación de actividades y preparación para el evento. Cuando los participantes reconozcan como suyas las problemáticas, se integraran en equipos para revisar o reflexionar sobre lo que han estado realizando para responder de manera real a ellas e identificar el grado de avance que llevan en respuesta a las mismas. Esto permitirá que los participantes se den cuenta de lo que han mejorado en su práctica y de los aspectos que aun necesitan fortalecer.

3. *Análisis práctico y desarrollo de competencias:* Es el momento más relevante del curso-taller porque permite la apropiación de habilidades, conocimientos, actitudes, y valores a través de actividades prácticas, reflexivas y relacionadas directamente con su realidad. El papel del facilitador es proporcionar los instrumentos necesarios para el trabajo, organizar, coordinar las actividades, centrar los ejercicios de intercambio, favorecer la autogestión, la experimentación de habilidades individuales y propuestas grupales. Las habilidades que los participantes están fortaleciendo o desarrollando en lo individual o colectivo les permitirá elaborar nuevos aprendizajes, nuevas formas de hacer las cosas, dar otro sentido en las actividades que realizan en lo cotidiano.

4. *Socialización de aprendizaje e identificación de su aplicación:* En este momento los participantes toman conciencia de lo aprendido durante el curso-taller, comparten sus aprendizajes e identifican los productos, su aplicación así como la utilidad para su desempeño, dándole un significado personal a la experiencia vivida. En este último momento definen las habilidades que necesitan seguir fortaleciendo y las plasman o revisan en un plan de mejora.

4.4 Ventajas y desventajas de un curso-taller.

Su gran ventaja es que puede desarrollarse en un ambiente grupal y participativo. Esto hace posible los intercambios de experiencias y con ello la generación de múltiples además de mutuos aprendizajes. Sin embargo, si no existe un compromiso claro frente a los resultados y el seguimiento, es posible que el taller se realice en vano.

Otras ventajas que tiene el curso-taller son:

- Moviliza la capacidad de cada persona para considerar, analizar y adoptar cambios.
- Permite que cada persona comparta el proceso y, por lo tanto, se sienta beneficiaria y responsable de los resultados y compromisos adquiridos.
- Facilita comprender los problemas desde diferentes puntos de vista, ya que se aprovecha la heterogeneidad de un grupo en edades, formación académica, etnia, cultura y experiencias.
- Posibilita abordar distintas alternativas para la solución de problemas.
- Permite que el aprendizaje sea mucho más intenso y provechoso, por ser mutuo y compartido, a diferencia de la enseñanza clásica, en la cual una persona expone y las demás solamente asumen o reciben pasivamente.

A pesar de estas ventajas y de las que tenga cada capacitador de acuerdo con su experiencia, se deben tener en cuenta algunos factores que parecen desventajas, pero que bien manejados se convierten en virtudes dentro de un curso-taller:

- Un curso-taller requiere más tiempo e insumos sin embargo, el tiempo y los recursos invertidos se compensan con buenos resultados.
- El proceso participativo no se da automáticamente, porque cada grupo es diferente. Se requieren capacitadores experimentados en facilitar este proceso, y en buscar con el grupo las reglas adecuadas para la convivencia y el desarrollo del taller. Además, considerar que las situaciones de conflictos son dinámicas intrínsecas de la convivencia en grupo, de tal forma que estas situaciones se puedan manejar y transformar de manera productiva para beneficio del taller.
- No es fácil alcanzar una participación equilibrada con personalidades diferentes, ya que, por ejemplo, algunas tienden a dominar e imponerse, y otras son muy tímidas. Por eso se necesita un moderador versado que, con herramientas adecuadas y acuerdos, consiga el mejor balance posible.
- La creación de un ambiente idóneo para la participación está sujeta a un conjunto de factores que dependen uno del otro, y que deben ser combinados y complementados adecuadamente. La asimilación de un tema no sólo depende de un buen capacitador, sino también de la disponibilidad de materiales didácticos y de condiciones logísticas apropiadas.

CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA:

5.1 Planteamiento del problema

¿Qué estrategias de afrontamiento y emociones se identifican en padres que tienen hijos con discapacidad, que asisten al Centro de Atención Múltiple CAM núm. 85 Mónica Pretelini De Peña del municipio de Rayón Estado de México?

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2011), la discapacidad es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

Datos aportados por la OMS (2012) indican que alrededor de un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, constituyendo la mayor minoría del mundo.

Específicamente en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) reveló que las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5.7 millones, lo que representa el 5.1% de la población total, 49% son hombres y 51% son mujeres.

De todo el país el Estado de México concentra el mayor número de personas con discapacidades y se estima según el INEGI que un total de 240,498 personas con diferentes discapacidades habitan el Estado de las cuales el 16.3% es por nacimiento.

Con lo anterior se observa el gran impacto que tiene la discapacidad no solo a nivel mundial sino en este país y específicamente en el Estado de México en donde se

concentra el mayor número de personas discapacitadas, pero la discapacidad no solo afecta a quien la padece sino también a sus familiares, y es aquí en donde nace el interés para la realización de esta investigación, debido a que como veremos más adelante la atención médica y psicología se centra específicamente en el niño(a) discapacitado dejando de lado a los padres quienes también se ven severamente afectados, tal y como lo menciona Torres y Beltrán (2008) por lo general, la llegada de un bebé es un acontecimiento familiar muy feliz y las esperanzas son numerosas, ya que todos los padres desean que su bebé nazca sano, bonito, grande, etcétera, para que pueda cubrir las expectativas físicas y psicológicas que se tienen sobre él así, al nacer se crea un vínculo entre los padres y el niño, lo que definirá la personalidad y la vida de éste, pero ¿Qué pasa cuando el hijo o hija nace con alguna discapacidad?, ¿Qué pasa con los padres? ¿Cuál es su primer reacción?, ¿Qué piensan y sienten?, ¿Cómo enfrentan la situación?

Flesler A. (2007) establece que el niño que nace con alguna discapacidad o problema en el desarrollo provoca gran decepción y un gran impacto psicológico y emocional en los padres, a quienes les resulta difícil abandonar la imagen ideal que se habían creado de él. Se produce entonces una ruptura con las fantasías y con el vínculo que se había establecido previamente, lo que supone el inicio de un intenso proceso de duelo por la pérdida del hijo deseado.

Ante situaciones inesperadas, por ejemplo el diagnóstico de algún tipo de discapacidad, los individuos, en este caso los padres atraviesan por diferentes etapas emocionales. Elizabeth Kübler-Ross (2004) hace un análisis de estas fases (negación, agresión, negociación, depresión y aceptación), y considera que cada una de ellas puede mantenerse durante algún tiempo, sucederse reemplazando una a otra, o bien, se pueden presentar simultáneamente; pero en todas ellas prevalecen ideas e

ilusiones con respecto a la discapacidad en cuestión, que se manifiestan a través de creencias sobre la situación del niño, como que llegara a ser normal porque se inventaran técnicas terapéuticas nuevas o medicamentos o que se dará un milagro.

El nacimiento de un hijo (a) con discapacidad produce un gran impacto sobre los padres quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor etc. (Buscaglia, I.F., 1970; Toscano, S.J., 1968 y Thuston, J.R., 1959 en Barbaranne 1988) que provocan actitudes de rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con discapacidad (Rickman, B.D y Henderson, A.R ., 1965; Sèller, L., Costeff C.H. Cohem, B: Ranman, D; 1974-1979 y Cook, J.J.; 1963 en Barbaranne 1988). Surge un desequilibrio emocional, social y económico que, aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño que limita o impide su rehabilitación.

Garrard y Richmond (1964) mencionan que la llegada de un hijo discapacitado genera en la familia una crisis inesperada, no normativa, de desajuste, que exige de los padres una adaptación instantánea. El equilibrio de la familia queda generalmente descompensado, tanto el funcionamiento interno de la familia como sus relaciones con el mundo exterior se alteran. Esto nos hace retomar a Lazarus y Folkman (1986) que establecen que ante situaciones estresantes las personas despliegan “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (afrontamiento). Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes, es aquí de donde deriva la importancia del afrontamiento que tiene los padres de hijos discapacitados, ya que al no tener una estrategia de afrontamiento adecuada los

padres pueden llegar a tener un desajuste emocional lo cual provocara no solo un desequilibrio en ellos sino también en sus hijos con discapacidad.

5.2 Objetivo de estudio

Objetivo General:

- Analizar las estrategias de afrontamiento e identificar las emociones en padres que tienen hijos con discapacidad, para elaborar un curso-taller.

Objetivos Específicos:

- Describir las estrategias de afrontamiento centrados en las emociones de los padres que tienen hijos con discapacidad.
- Describir las estrategias de afrontamiento centrados en la solución de problemas de los padres que tienen hijos con discapacidad.
- Mencionar las emociones básicas: alegría, tristeza, ira miedo, sorpresa, asco, de los padres que tienen hijos con discapacidad.
- Identificar la relación entre estrategias de afrontamiento y emociones de padres que tienen hijos con discapacidad.
- Realizar un análisis en donde podamos determinar cuál es la estrategia de afrontamiento más adecuado de los padres ante la discapacidad de sus hijos de ese modo hacer menos tedioso este proceso y poder generar un bienestar en ellos.

- Elaboración de un curso-taller de estrategias centradas en el problema y en las emociones para los padres que tienen hijos con discapacidad.

5.3 Hipótesis

Hipótesis de la investigación:

- Los padres que tienen hijos con discapacidad de Centro de Atención Múltiple Número 85 “Mónica Pretelini de Peña” utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones más que las centradas en el problema.

Hipótesis nula:

- Las estrategias de afrontamiento centrado en la solución de problemas no favorecen las reacciones emocionales de los padres que tiene hijos con discapacidad generando desequilibrio emocional.
- Las estrategias de afrontamiento centrado en manejo de emociones no favorecen las reacciones emocionales de los padres que tienen hijos con discapacidad generando desequilibrio emocional.

Hipótesis alterna:

- A) Las estrategias de afrontamiento centrado en la solución de problemas favorecen las reacciones emocionales de los padres que tienen hijos con discapacidad generando bienestar y estados afectivos positivos.

- B) Las estrategias de afrontamiento centrado en manejo de emociones favorecen las reacciones emocionales de los padres que tienen hijos con discapacidad generando bienestar y estados afectivos positivos.

5.4 Diseño de investigación

Esta investigación se elaboró bajo un diseño cualitativo, transversal descriptivo. **Cualitativo** ya que se enfoca en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ámbito natural y en relación con su contexto, el enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que lo rodean, profundizado en sus puntos de vista interpretaciones y significados. (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Enciclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007; y DeLyser, 2006: cfr Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014). **Transversal** ya que la recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Liu, 2008 y Tucker, 2004. cfr Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014) y **Descriptivo** ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos fenómenos, comunidades, etc.; y proporcionar su descripción (Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014).

5.5 Tipo de estudio de investigación

Esta investigación fue de tipo descriptiva. Ya que como lo establecen Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio.(2014), en los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis, por lo tanto este estudio permitió alcanzar el objetivo que fue analizar las estrategias de afrontamiento e identificar las emociones en padres con hijos discapacitados, para elaborar un curso-taller.

5.6 Tipo de enfoque

Esta investigación tuvo un enfoque fenomenológico ya que este tipo de diseño permitió obtener las perspectivas de los participantes: explorando, describiendo, así como comprender lo que los individuos tuvieron en común de acuerdo con sus experiencias ante un determinado fenómeno como lo fueron sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones etc., como felicidad, ira, pena, dolor determinación, tranquilidad.

5.7 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Padres y madres que tengan hijos o hijas con discapacidad.
- Hijos diagnosticados medicamente

- Padres de hijos que asistan a la institución donde se llevara a cabo la investigación CAM Rayón.

Criterios de Exclusión:

- Padres y madres que no tengan hijos con discapacidad.
- Que no asistan a la institución en donde se llevara a cabo la investigación

Criterios de Eliminación:

- Padres y madres que no acepten participar en procedimiento
- Padres y madres que dejen inconclusa la investigación

5.8 Definición de variables

Variables Independientes:

- Discapacidad
 - ✓ Definición conceptual: La discapacidad de acuerdo a la OMS (2011) es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.
 - ✓ Definición operacional: Niños y niñas que tengan problemas motrices, de lenguaje, visuales y psicológicos que hayan sido diagnosticados por su médico tratante

Variable Dependiente:

- Emociones
 - ✓ Definición conceptual: Según Ramos Frayjo Martínez (2014), las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modelos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria

 - ✓ Definición operacional: Respuestas obtenidas del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (Muñoz, Berra y Vega, 2012) y de las redes semánticas de las emociones: alegría, asco, miedo, tristeza, ansiedad e ira

- Estrategias de afrontamiento
 - ✓ Definición conceptual: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986).

 - ✓ Definición operacional: Respuestas de las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y centradas en la solución de problemas, obtenidas en la aplicación de la prueba de afrontamiento o COPE (Lazarus y Folkman, 1986).

5.9 Unidad de Análisis y muestra

- Unidad de análisis: Padres
- Unidad de muestra: padres que tienen hijos con discapacidad

5.10 Definición de la población y muestra

El municipio de Rayón se encuentra en el Estado de México ocupa una extensión de 20.60 km²; limita al norte con el municipio de San Antonio la Isla, al sur con Tenango del Valle, al este con Texcalyacac y al oeste con Calimaya.

De acuerdo al Censo General de Población y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), el municipio tiene una población de 12 748 habitantes, de los cuales 6252 son hombres y 6496 son mujeres.

El municipio se encuentra integrado por las colonias denominadas: Centro, San José, San Isidro, La Joya, Santa Isabel, Emiliano Zapata. Una delegación denominada San Juan la Isla; Una Ex hacienda; Santiaguito. Y nueve ranchos: La Asunción, Los Cerritos, El Corralito, La Gloria, Mi Querencia, La Purísima, Sanabria, San Diego y Santa Anita. Las principales localidades del municipio son: Santa María Rayón, San Juan la Isla, Colonia Emiliano Zapata y Ex-hacienda Santiaguito.

En este municipio se encuentra el Centro de Atención Múltiple número 85 “Mónica Pretelini de Peña” cuenta con un total de 28 alumnos con diferentes tipos de discapacidad, intelectual, múltiple, motriz y trastorno generalizado del desarrollo.

Inicialmente esta investigación se inició con un total de 25 padres de familia, de los cuales por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos (Padres y madres que tengan hijos o hijas con discapacidad, hijos diagnosticados medicamente, Padres de hijos que asistan a la institución donde se llevara a cabo la investigación CAM Rayón), se obtuvo una muestra de 16 padres de familia con los cuales se llevó a cabo dicha investigación.

De acuerdo a los objetivos de la investigación esta muestra se obtuvo bajo el tipo no probabilística ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características y los propósitos de la investigación ((Johnson, 2014; Hernández-Sampieri, 2013; y Battaglia, 2008; cfr Hernández Sampieri, Fernández collado y Baptista Lucio. 2014).

5.11 Selección del instrumento:

Entrevista semiestructurada: esta herramienta ayudó a obtener datos personales del entrevistado, así como aspectos, familiares, relación con su hijo con discapacidad, reacciones, y estado de ánimo.

Cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEA) Muñoz, Berra, Vega (2012): Consta de 27 preguntas que indagan sobre emociones positivas así como negativas experimentadas ante dos tipos de situaciones estresantes o placenteras. La anterior estructura responde a la lógica del modelo estrés-emoción-manejo, por lo que se plantean dos situaciones (estresantes o placenteras) ya que se parte del supuesto que el individuo valora las situaciones que enfrenta como estresantes o no, donde en las primeras pueden experimentarse algunas emociones que no necesariamente son

negativas, en función de esto el individuo afronta o evita las demandas haciendo uso de esfuerzos cognitivos y conductuales.

El cuestionario además de abordar las situaciones estresantes y las emociones experimentadas toma en cuenta factores que influyen en la valoración como las expectativas de la persona, sus metas además de sus objetivos, las consecuencias del evento y si tiene repercusión en las relaciones con el ambiente y las personas.

Alfa de Crowbach de .84 lo que demuestra su confiabilidad; Autores: Muñoz, Berra, Vega. México 2012; Año de estandarización en México: 2012 con una muestra de 42 participantes con edades que oscilaron entre los 23 y 43 años de edad.

Redes semánticas: Técnica surgida de la posición cognoscitivista de la psicología utilizable dentro de la investigación debido a la relativa facilidad de los análisis e interpretación que se requiere elaborar una vez aplicada, surge como una alternativa de evaluación del significado a partir de los modelos que habían desarrollado para explicar la forma en que se organiza la información en torno a la memoria semántica. El procedimiento para la obtención de las redes semánticas es el siguiente: se le pide al sujeto que genere una lista de palabras definidoras de un concepto para que posteriormente jerarquice cada una de ellas asignándole un número donde el número 1 corresponderá a la palabra más cercana o relacionada con la palabra estímulo, el número 2 a la que le sigue en importancia y así sucesivamente hasta terminar.

Prueba de afrontamiento (COPE-S): Es un instrumento que consta de 60 ítems, cuyo objetivo principal es evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés, está compuesto por varias sub escalas que hacen referencia a los distintos modos de

afrontar el estrés: búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones, desahogarse, aceptación, negación, refrendar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evasión.

Alfa de Crowbach de .86 lo que demuestra su confiabilidad; Autores: Carver, Scheier y Weintraub Madrid España 1997. Año de estandarización en México: 2008 con una muestra de 238 adultos, 172 hombres y 66 mujeres, con una edad promedio de 37 años.

Además de los instrumentos de medición seleccionados y de acuerdo a los objetivos de la investigación la técnica seleccionada en esta investigación fue: la entrevista (es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional con la que se adquiere información acerca de lo que se investiga) y la observación no participante (recoge información desde fuera sin intervenir en el grupo social, hecho o fenómeno investigado).

5.12 Procedimiento

- Elección del tema de investigación
- Búsqueda de fuentes bibliográficas
- Elaboración de metodología bajo un enfoque mixto
- Elaboración de marco teórico
- Elección de la corriente psicológica, en este caso cognitivo-conductual.

- Búsqueda de instrumentos de medición
- Elaboración de entrevistas Semi estructurada y redes semánticas
- Solicitud de autorización en el Centro de Atención Múltiple número 85 “Mónica Pretelini de Peña” de Rayón para poder llevar a cabo la investigación
- Aplicación de instrumentos primero la entrevista Semi estructurada, después el Cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento (CEEA) Muñoz, Berra, Vega (2012), posteriormente la Prueba de afrontamiento (COPE-S) y finalmente la redes semánticas. Con los resultados de dichas pruebas se realizó el curso-taller emociones en el afrontamiento de la discapacidad, todo esto en un periodo que comprendió del 1 de diciembre de 2014 al 16 de enero de 2015.
- Aplicación del curso taller “emociones en el afrontamiento de la discapacidad”, el cual conto con un total de 10 horas aproximadamente, repartidas en tres sesiones, en cada sesión se abordaron 2 emociones básicas, para llegar al total de las 6 emociones básicas (alegría, miedo, tristeza, ira, sorpresa y asco), las sesión estuvieron conformadas por actividades y dinámicas referentes a cada una de las emociones. Cada sesión estuvo estructurada por 3 puntos estratégicos: 1) Presentación, 2) Desarrollo y 2) Cierre.
- Recolección de datos
- Captura de la información con el programa SPSS
- Análisis de datos
- Conclusiones y sugerencias

5.13 Captura de la información:

El análisis estadístico se realizó con la paquetería del programa estadístico SPSS versión 15.0, la descripción de las estrategias se indica mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

CAPÍTULO 6 ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Resultados

Como lo menciona Ballesteros et al, (2006) la atención clínica que es la que suele detectar los casos de discapacidad se ha desarrollado predominantemente con un enfoque médico, descuidando el impacto psicológico así como social que dicha discapacidad tiene en los individuos además de su familia, lo cual repercute negativamente en la misma aplicación de los tratamientos médicos y la adaptación social del individuo, asimismo la poca atención a la familia del paciente ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso de diagnóstico lo cual afecta su unidad familiar ante un trastorno de este tipo.

Ante esto se llevó a cabo una investigación en el Centro de Atención Múltiple (CAM) No. 85 Mónica Pretelini De Peña, ubicado en el municipio de Rayón, Estado de México, con el objetivo de poder analizar las estrategias de afrontamiento e identificar la emociones de los padres que tienen hijos con discapacidad.

Se inició con la participación de 25 padres de familia, de los cuales por no cumplir con los criterios de inclusión (Padres y madres que tengan hijos o hijas con discapacidad, Hijos diagnosticados medicamente y Padres de hijos que asistan a la institución donde se llevara a cabo la investigación CAM Rayón) se quedó con una muestra de 16 padres cuyas edades oscilan entre los 32 y 52 años de edad, de los cuales el 81.3 % fueron de género femenino mientras que el 18.8% de género masculino, en lo que se refiere a la ocupación el 68.8% se dedican al hogar, mientras que el 25% son empleados, el restante 6.3% son estudiantes, en lo que se refiere al estado civil el 93.8 % manifestaron tener una pareja, siendo que el 6.3% se encuentran sin pareja, con lo que respecta a la educación el 81.3% de ellos tiene una escolaridad básica, mientras que 6.25% media superior, el 6.3% superior y el 6.3% restante son analfabetas.

En lo que se refiere al tratamiento que reciben sus hijos con discapacidad, del 100% el 43.75% es de tipo médico, el 6.25% farmacológico, siendo que el 12.5% recibe tanto médico como farmacológico, mientras que el 37.5% no recibe ningún de los tratamientos antes mencionados, las edades de los niños oscilan entre los 7 y 16 años, en cuanto al tipo de discapacidad de los niños y niñas del CAM No. 85 Mónica Pretelini De Peña, ubicado en el municipio de Rayón, Estado de México se encontró que del 100% el 81.3% es de tipo intelectual, 12.5% múltiple mientras que 6.25% restante de otro tipo de discapacidad.

Con respecto a la ayuda o atención psicológica que reciben los padres se observa que es nula ya que solo el 18.75% la obtienen, mientras que el 81.25% no recibe ningún tipo de ayuda o atención psicológica, con esto podemos retomar nuevamente a Ballesteros et al, (2006), quienes establecen que la atención clínica que es la que suele detectar los casos de discapacidad; se ha desarrollado predominantemente con un enfoque médico descuidando el impacto psicológico y social que una patología tiene en los niños (a) y su familia, lo que repercute negativamente en la misma instauración de los tratamientos médicos así como la adaptación social del individuo, al indagar sobre la información que los padres conocen sobre la discapacidad de su hijo (a) el 75% de ellos menciona conocer poca información mientras que el 25 % establece conocer mucha información la cual la han adquirido a través de libros, internet y la información que les ha mencionado el médico que atiende a sus hijos e hijas con discapacidad.

Como se mencionó anteriormente el objetivo de esta investigación fue analizar las estrategias de afrontamiento así como las emociones de los padres de hijos con discapacidad, para ello se utilizaron tres instrumentos los cuales fueron: a) Prueba de afrontamiento (COPE-S), (Anexo 2) b) Cuestionario de Estrés emociones y

Afrontamiento de Muñoz, Berra, Vega (2012). (Anexo 3) y c) Redes semánticas (Anexo 4) donde se obtuvieron los siguientes resultados:

En la prueba de afrontamiento (COPE-S) se puede observar que los padres y madres de hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña, utilizan las estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas debido a que del 100% de la población el 43.80% utilizan “bastante” dichas estrategias ante la discapacidad de sus hijos (as) y solo el 18.70% de ellos utilizan aquellas estrategias centradas en las emociones tal y como se puede observar en la tabla y grafica 1 y 2.

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS

VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1= NO HICE ESTO EN ABSOLUTO	3	18.70%
2= HICE ESTO UN POCO	4	25%
3= HICE ESTO BASTANTE	7	43.80%
4= HICE ESTO MUCHO	2	12.50%
TOTAL	16	100%

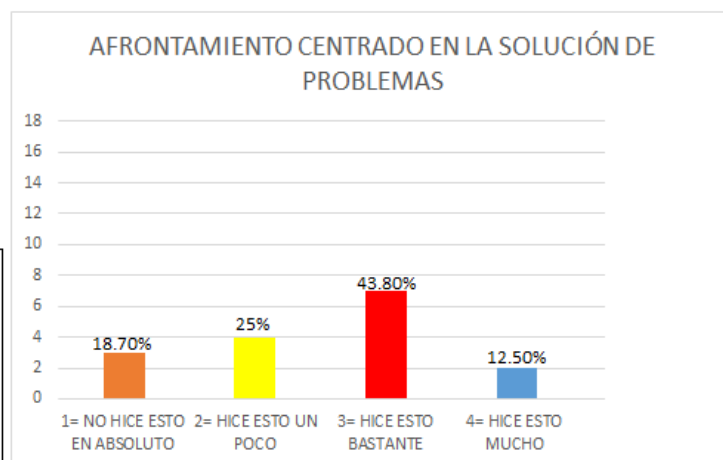


Tabla y gráfica 1 Afrontamiento centrado en Solución de problemas (COPE-S) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LAS EMOCIONES

VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1= NO HICE ESTO EN ABSOLUTO	7	43.80%
2= HICE ESTO UN POCO	4	25%
3= HICE ESTO BASTANTE	3	18.70%
4= HICE ESTO MUCHO	2	12.50%
TOTAL	16	100%

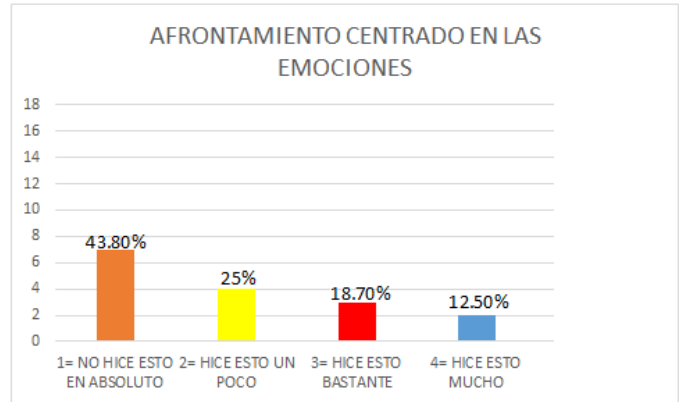


Tabla y gráfica 2 Afrontamiento centrado en emociones (COPE-S) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

Sin embargo en el cuestionario de Estrés Emociones y Afrontamiento (tabla y grafica 3) podemos observar una predominancia en el afrontamiento dirigido a las emociones ya que más de la mitad del 100% de la muestra es decir el 56.3% utilizan este tipo de estrategias.

¿ QUÉ HICISTE ANTE DICHA SITUACIÓN? (TIPO DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA ACCIÓN O PROBLEMA	7	43,8	43,8	43,8
AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN	9	56,3	56,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	



Tabla y gráfica 3 tipo de afrontamiento utilizado (CEEA) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

Con referencia a lo anterior se establece que el afrontamiento consiste en aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico. Su importancia radica en la relación que guarda con la teoría del estrés, porque así se conocen las situaciones que el individuo enfrenta (Zavala Yoe, Larizza et al, 2008).

Por su parte Lazarus y Folkman (1986), definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. Para esto se puede proponer que el estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta, donde pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Con lo que se refiere a los padres del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña el nivel de estrés que manifiestan es alto ya que como se muestra en la tabla y grafica 4 del 100% de la muestra el 43.75% mencionan haber sentido un nivel “alto” al haber seleccionado la máxima calificación del instrumento CEEA.

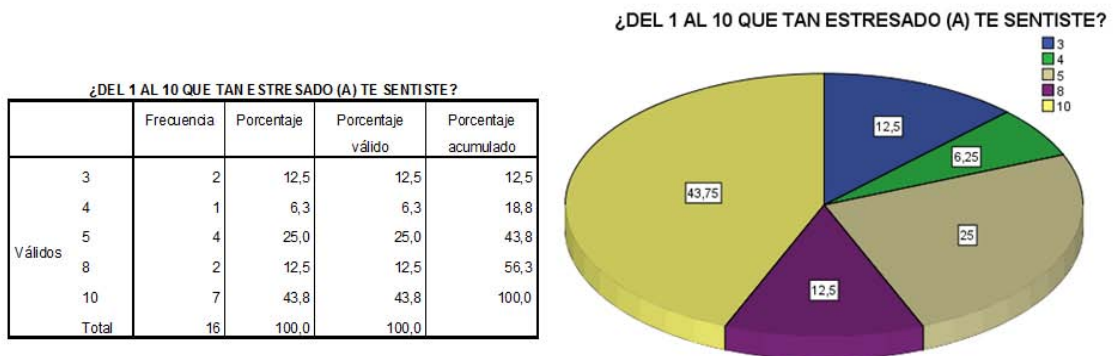


Tabla y Gráfica 4 nivel de estrés (CEEA) de padre de hijos con discapacidad CAM 2014

Ante esto Cabezas (2001) establece que la presencia en la familia de un niño con alguna discapacidad se convierte en un factor potencial que perturba la dinámica familiar una vez diagnosticado el trastorno, los padres pasan por un cambio de actitud que implica un largo y doloroso proceso educativo, con un alto grado de estrés que requiere de asesoramiento profesional.

Del mismo modo Romero R. (2009) explica que desde el enfoque familiar se ha encontrado que la presencia de un hijo con discapacidad desajusta el estilo de vida de la familia; los padres lo describen como un golpe a su estabilidad y es la causa por la que solicitan apoyo para aminorar el nivel de ansiedad y estrés.

Con los resultados anteriores se puede establecer que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres con hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña del municipio de Rayón, son aquellas dirigidas a la emoción, este grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Su función principal es regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia; esto nos hace retomar a Damasio (1999) quien menciona que nuestras emociones de enojo, alegría, miedo, disgusto, etc.; son estados emocionales que nos permiten conocer las diferentes formas del ser humano, pero al mismo tiempo al igual que en otras especies, estos estados emocionales se asocian a estrategias de éxito que se relacionan con conductas de supervivencia, como el ataque, la huida, la evasión, etc. Este repertorio emocional intrínseco a nuestra naturaleza humana, querámoslo o no, funge como una serie de indicadores relevantes en la toma de decisiones (correctas o incorrectas) que realizamos a diario.

Con lo anterior podemos retomar otro de los objetivos el cual fue identificar las emociones en padres con hijos con discapacidad y para eso utilizamos el Cuestionario de Estrés Emociones y Afrontamiento y unas redes semánticas en donde solo se consideraron las seis emociones básicas: alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco; propuestas por Ekman (1992) y retomadas por Chóliz (2005) donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Las emociones que más predominaron en el caso de los padres de hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña de Rayón, fueron: tristeza, miedo e ira como se puede observar a continuación.

Del 100% de la muestra el 56.25% manifiestan haber sentido tristeza al enterarse de la discapacidad de su hijo, mientras que el 25% establecen no haber sentido tal emoción (tabla y grafica 5), dicha emoción la definen o relacionan con la palabra enfermedad la cual tuvo mayor puntaje en las redes semánticas (tabla 5.1).



Tabla y gráfica 5 emociones (tristeza, CEEA) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

PALABRA DEFINIDORA	PUNTAJE	VALOR “M” TOTAL
Enfermedad	9	160
Llanto	7	107
Muerte	5	80
sorpresa	3	48
Regaño	3	48
Pobreza	3	48
Decepción	3	48
Problemas	3	48
Enojo	2	16
Ausencia	2	16

Tabla 5.1 Redes semánticas (Tristeza) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

En lo que se refiere al miedo (tabla y grafica 6) el 37.5% manifiestan haber sentido “mucho” esta emoción al enterarse del diagnóstico de su hijo (a), sin embargo otro 37.5% manifiestan no haber sentido dicha emoción. Esta emoción la definen con la palabra temor la cual tuvo mayor puntaje en las redes semánticas (tabla 6.1).

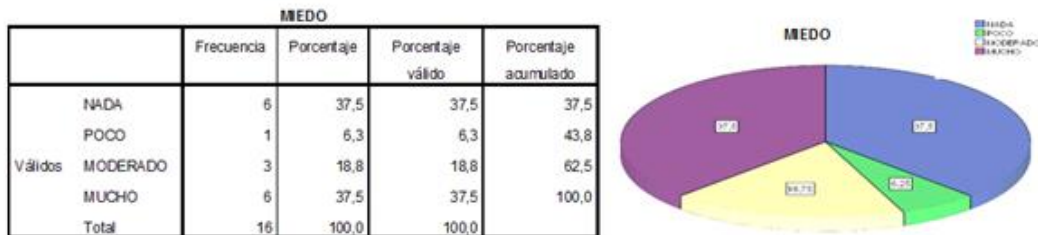


Tabla y gráfica 6 emociones (Temor, CEEA) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

PALABRA DEFINIDORA	PUNTAJE	VALOR "M" TOTAL
Temor	5	80
Susto	4	64
Angustia	4	64
Enfermedad	4	64
Nuevo	3	48
Accidente	3	48
Violencia	3	48
Lastimar	3	48
Molestar	3	48
Muerte	2	32

Tabla 6.1 Redes semánticas (Miedo) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

De igual manera del 100% de la muestra el 31.3% manifiestan haber sentido ira "mucho" al enterarse de la discapacidad de su hijo (a), mientras que el 50% mencionan no haber sentido dicha emoción y el 18.85 "poco" (Tabla y gráfica 7), esta emoción la

definen con la palabra coraje la cual tuvo mayor puntaje en las redes semánticas (tabla 7.1)

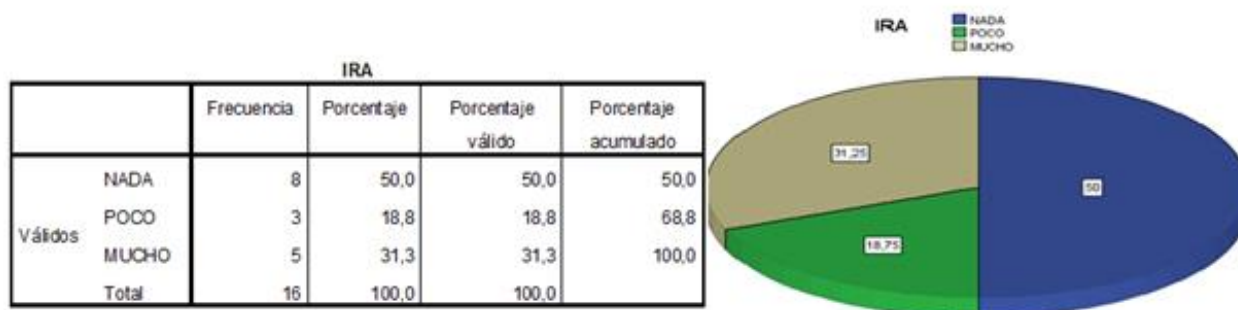


Tabla y gráfica 7 emociones (Ira, CEEA) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

PALABRA DEFINIDORA	PUNTAJE	VALOR "M" TOTAL
Coraje	7	128
Enojo	5	80
Indiferencia	5	80
Golpes	4	64
Impotencia	4	64
Inseguridad	3	48
Envidia	2	32
Agresión	2	32
Engaño	2	32
Injusticia	1	16

Tabla 7.1 Redes semánticas (Ira) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

En cuanto a la emoción básica alegría, del 100% de la muestra 18.8% establecen haber experimentado esta emoción, mientras que el 56.3% establecen no haber sentido

dicha emoción (tabla y grafica 8). Esta emoción la definen con la palabra felicidad la cual obtuvo el mayor puntaje en el instrumento de redes semánticas (Tabla 8.1).

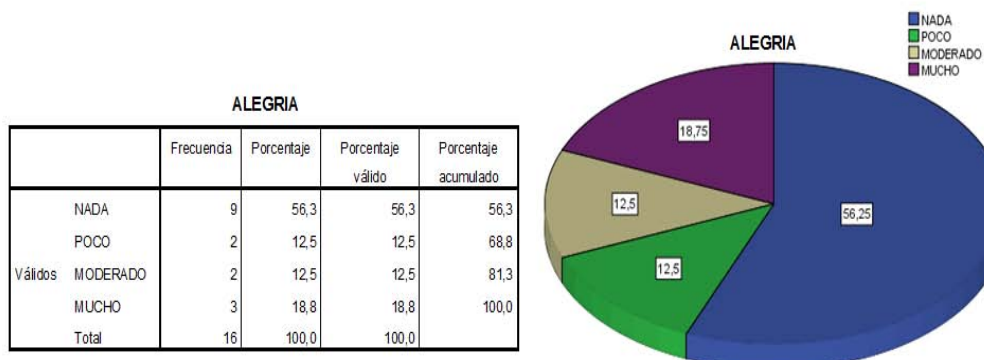


Tabla y gráfica 8 emociones (felicidad, CEEA) de padres de hijos con discapacidad CAM 2014.

PALABRA DEFINIDORA	PUNTAJE	VALOR "M" TOTAL
Felicidad	13	208
Hijos	8	128
Familia	5	80
Bienestar	5	80
Salud	4	64
Emoción	3	48
Reír	2	48
Convivencia	2	32
Platicar	2	32
Amistad	2	32

Tabla 8.1 Redes semánticas (alegría) de padres con hijos con discapacidad CAM 2014.

Con todo lo anterior podemos observar la predominancia de las emociones en el proceso de afrontamiento de los padres ante la discapacidad de sus hijos, así como la relación entre estos dos procesos ya que como lo establece la teoría del afrontamiento de Lazarus (1984, 1986, 1988, 1991, 2000), la cual apunta hacia el estudio de la emoción, asegurando que se debe tomar en cuenta la cognición, la motivación además de la adaptación. La idea central es el proceso de evaluación cognoscitiva, la cual se refiere al proceso de toma de decisiones para evaluar los daños o beneficios presentes en las interacciones de las personas con su ambiente.

Igualmente ante situaciones estresantes las personas pueden presentar conductas de acercamiento-evitación o procesos definitivos para enfrentar demandas complejas, así como un amplio rango de estrategias cognitivo-conductuales las cuales ayudan a resolver problemas regulando sus funciones emocionales (Felton y Revenson, 1984), tal y como es el caso de los padres con hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña de Rayón.

Esto nos hace retomar nuevamente a Folkman (1984), quien menciona que la persona y el ambiente están en una relación dinámica constantemente cambiante dicha relación es bidireccional, donde el individuo actúa sobre el medio y viceversa. Ante un estímulo estresante proveniente del medio, el organismo realiza una evaluación y proporciona estrategias de afrontamiento a las que se suman expresiones emocionales, que actúan en consecuencia dando una serie de respuestas. Tanto la evaluación realizada por la persona como sus emociones concomitantes, influyen en los procesos de afrontamiento.

Ante esto se puede establecer que no hay una estrategia de afrontamiento mejor que otra más bien se puede utilizar más una que otra como fue el caso de los padres del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña de Rayón, en quienes prevalecen las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción ante la situación de discapacidad de sus hijos, sin dejar de lado las dirigidas al problema, con esto retomamos de nuevo a Lazarus y Folkman, (1984), quienes mencionan que la mayoría de las personas utiliza ambas estrategias de afrontamiento tanto las centradas en la emoción como en la solución de problemas debido a la interrelación entre ambos procesos.

Debido a la importante relación entre las estrategias de afrontamiento con las emociones se realizó un curso taller titulado “Emociones en el afrontamiento de la discapacidad” (Anexo 5), el cual se impartió tanto a los padres como madres del CAM número 85 Mónica Pretendí de Peña de Rayón., logrando que los participantes adquirieran herramientas para poder lograr el manejo de sus emociones en su vida cotidiana y así poder generar un bienestar en ellos mismos así como en sus hijos con discapacidad.

Dicho curso taller se estructuró de la siguiente manera: Contó con un total de 10 horas aproximadamente, repartidas en tres sesiones, en cada sesión se abordaron 2 emociones básicas (ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo) para llegar al total de las 6 emociones básicas, las sesiones estuvieron conformadas por actividades y dinámicas referentes a cada una de las emociones.

Cada sesión estuvo estructurada por 3 puntos estratégicos: 1) Presentación: se realizaron algunas dinámicas de integración como lo fue “la manzana”, “contar hasta 10” y “la respiración” las cuales resultaron favorecedoras ya que lograron el objetivo

que fue integrar a los padres al grupo y de ese modo lograr su participación, 2) Desarrollo: se realizaron algunas dinámicas referentes a cada una de las emociones básicas, además de la presentación en PowerPoint, en donde se dieron a conocer el concepto de emociones, la función de las emociones y la definición de cada una de las emociones básicas (ira, alegría, miedo, tristeza, sorpresa y asco); las dinámicas que obtuvieron mayor participación entre los padres en este curso taller fueron “Emociones a través de la música”, “Mi expresión”, “Carta a un Pigmalión negativo”, “Lo que he aprendido de la vida”, “Un día para mí”, “La sorpresa de la vida”, y “Qué bueno que es a tu lado”. Y 3) Cierre: cada una de las sesiones se cerraron con una evaluación verbal de los padres, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué les pareció la sesión?, ¿Qué aprendieron de la sesión? Y ¿Cómo pondrán en práctica lo aprendido en esta sesión en su vida diaria?

En consecuencia con lo anterior podemos afirmar que se comprobó la hipótesis de la investigación, la cual establece que los padres de hijos con discapacidad de Centro de Atención Múltiple Número 85 “Mónica Pretelini de Peña” del municipio de Rayón utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones más que las centradas en el problema esto debido a la gran carga emocional que la discapacidad trae como consecuencia así como por otros factores como el nivel educativo de los padres principalmente.

CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

7.1 Conclusiones

Es necesario entender que, desde una perspectiva evolucionista, nuestra especie fue primero una especie emocional para después convertirse en una especie con pensamientos, esto es, **somos seres emocionales con pensamiento más no seres pensantes con emociones**. Es por esto la gran importancia que tiene las emociones en nuestra vida diaria ya que de ellas dependerá nuestro bienestar humano.

En las familias donde existe un hijo (a) con discapacidad se produce un gran impacto sobre los padres quienes suelen tener una serie de reacciones emocionales que se manifiestan en sentimientos de dolor, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor etc. (Buscaglia, I.F., 1970; Toscano, S.J., 1968 y Thuston, J.R., 1959 en Barbaranne 1988), que provocan actitudes de rechazo y/o sobreprotección hacia el hijo con discapacidad. Surge un desequilibrio emocional, social además de económico que, aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño que limita o impide su rehabilitación.

Con lo anterior y de acuerdo a la OMS (2011) la discapacidad se define como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

De la misma forma Ballesteros B. P et al, (2006) menciona que la atención clínica que es la que suele detectar los casos de discapacidad se ha desarrollado

predominantemente con un enfoque médico, descuidando tanto el impacto psicológico como el social que una patología tiene en los individuos y su familia, lo que repercute negativamente en la misma instauración de los tratamientos médicos así como en la adaptación social del individuo.

La poca atención a la familia del paciente ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso de diagnóstico lo cual afecta la unidad familiar ante un trastorno de este tipo. Cualquier discapacidad o problemática en el recién nacido genera dudas en los familiares, incluyendo cuestionamientos acerca de la causa de la enfermedad, su origen genético en la familia del padre o madre, la repercusión de la patología tanto en el desarrollo físico como el psicológico del individuo, así como la posible recurrencia del trastorno en los próximos embarazos o en familiares del afectado (Ballesteros *et al*, 2006).

De esta manera, el manejo del paciente con discapacidad requiere ir más allá del diagnóstico además del manejo de aspectos médicos, pues involucra a la familia e implica atender el impacto psicológico del diagnóstico, en relación con la calidad de vida de la familia, y en este caso específicamente en lo padres, ya que como se pudo observar en el capítulo de resultados, los padres con hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña del municipio de Rayón, afrontan la discapacidad de sus hijos e hijas utilizando estrategias de afrontamiento centradas en las emociones en donde las más predominantes fueron tristeza, miedo e ira; es aquí donde podemos ver la importancia que tiene las emociones en nuestra vida diaria.

Al respecto Simón (1998) menciona que la emoción humana es sin duda uno de los elementos que le dan sabor al diario existir. Sin las emociones, nuestra vida sería incompleta y evidentemente nos privaríamos de una forma de comunicación esencial para nuestra supervivencia y adaptación social.

Nuestras emociones de enojo, alegría, miedo disgusto, etc.; son estados emocionales que nos permiten conocer las diferentes formas del ser humano, pero al mismo tiempo, al igual que en otras especies, estos estados emocionales se asocian a estrategias de éxito que se relacionan con conductas de supervivencia, como el ataque, la huida, la evasión, etc. Este repertorio emocional intrínseco a nuestra naturaleza humana, querámoslo o no, funge como una serie de indicadores relevantes en la toma de decisiones (correctas o incorrectas) que realizamos a diario (Damasio, 1999).

En el caso de los padres con hijos con discapacidad del CAM número 85 Mónica Pretelini de Peña del municipio de Rayón las emociones cobran mayor importancia ya que a través de ellas afrontan la situación de discapacidad de sus hijos e hijas, esto ha servido para generar un bienestar en ellos, sin embargo como lo menciona Lazarus y Folkman, (1984) ante situaciones estresantes la mayoría de las personas utilizan tanto las estrategias centradas en las emociones, como las centradas en la solución de problemas para poder obtener un mayor beneficio esto es porque las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones están constituidas por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, y su función principal es regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia; mientras que las centradas en las resolución de problemas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo, beneficio, elección y aplicación.

7.2 Sugerencias Generales.

1. Brindar apoyo psicológico centrado en el manejo de emociones a los padres de hijos con discapacidad.
2. Generar grupos de apoyo entre los padres de hijos con discapacidad, para que a través de compartir sus experiencias se puedan generar estrategias en el manejo de emociones y en la resolución de problemas.
3. Implementar programas de apoyo psicológico para padres de hijos con discapacidad en instituciones como los Centros de Atención Múltiple y sistemas DIF municipales.
4. Fomentar la participación de otros miembros de la familia en el proceso que conlleva la discapacidad.

7.3 Sugerencias a la Institución.

1. Que se implementen programas de apoyo psicológico para los padres.
2. Fomentar la participación de los padres de la institución, a través de la creación grupos de apoyo entre los padres de hijos con discapacidad, para que a través de compartir sus experiencias se puedan generar estrategias en el manejo de emociones y en la resolución de problemas.

3. La creación de cursos-taller por lo menos una vez al mes donde se aborden temas referentes al manejo de emociones, u otras actividades que los mismos padres demanden.
4. Realizar conferencias para los padres donde se aborden los diferentes tipos de discapacidad con temas como las causas, definición, tratamiento, cuidados y alternativas, para que los padres puedan conocer más sobre la discapacidad de sus hijos y con esto poder generar estrategias centradas en la solución de problemas.
5. Fortalecer las redes de apoyo de los padres de hijos con discapacidad, esto a través de la participación de otros miembros de la familia como hermanos, abuelos o tíos.

BIBLIOGRAFÍAS

1. ALPIZAR Rojas, Harlen Yadira, Salas Marín, Deilin Elena (2010). El papel de las emociones Positivas en el desarrollo de la psicología positiva. **Revista electrónica de estudiantes, escuela de psicología, universidad de Costa Rica**. Vol. 01. P.p 63-85.
2. AREVALO.A.L (2004), Maternidad, paternidad y género. **Otras Mirandas**, pp. 4, 2,92-98.
3. Asociación española de pediatría. (2008), Barcelona España.
4. BADIA M. (2000) Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de Parálisis Cerebral. Universidad de Salamanca. [en línea]. Disponible en:(www.usal.es/inico/investigacion/invesinico/estresPC.pdf) [consultado 7 de octubre de 2014]
5. BALLESTEROS, B. P. Novoa. M. M. Muñoz. L. Suarez, y Zarate I. (2006). Calidad de una vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas. Perspectiva del cuidador principal. **universitas psicologica**,(2003) .pp 457-473
6. BARBARANNE, B. (1988). (REIMP.1992). Un niño especial en la familia: guía para padres. Trillas, México.
7. CABEZAS.H. (2001) Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. **Revista electrónica actualidades investigativas en educación** 1. (2002), pp1-16.
8. CAMPABADAL, C.M. (2001). El niño con discapacidad y su entorno. Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia- EUNE.
9. CANGELOSI, D. (2006). La integración del niño discapacitado visual. Buenos Aires: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico.
10. CANTORE Hugo (2010). Causas y consecuencias de la discapacidad, 12,2-3 [en línea]. Disponible: (<file:///C:/Users/Erika/Desktop/06->

Causas%20y%20consecuencias%20de%20la%20discapacidad.pdf)

[consultado 10 de septiembre de 2014]

11. CHIAPPELLO MB, Sigal D. (2009) .La familia frente a la discapacidad. [En línea]. Disponible en: <http://www.calidadmayor.com.ar/referencias/ivjornadasunidisca/trabajoscompletos/familiaydiscapacidad/chiappellosigaltc.doc> [consultado 06 de octubre de 2014]
12. CHÒLIZ Montañés. Mariano (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Dpto. de psicología básica, Universidad de Valencia, España.
13. CORTÉS P.(2009) Estudio fenomenológico sobre el impacto de la familia por el nacimiento de un hijo con síndrome de Down, [en línea]. disponible en: www.educadoressociales05.org/bajando_doc.php?id=52 [Estudio fenomenologico.doc](#)) [consultado 08 de octubre de 2014]
14. DIAZ, T.C. (2004). El proceso de adaptación de las familias con hijos con discapacidad física. Trabajo presentado en el 1er Congreso internacional: la familia en el siglo XXI: Tendencias actuales, paternidad y género, Noviembre, Chillan.
15. FANTOVA, A.F. (2000). Trabajo con las familias de las personas con discapacidad. *siglo cero*, pp. 31, 1992, 33-49.
16. FLESLER A. 2007. El niño en análisis y el lugar de los padres: Paidós; Buenos Aires Argentina.
17. FOLKMAN, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social psychology*, 48 (1), 150-170.
18. FRANK J. Bruno. (2005). Diccionario de psicología infantil, 2ª edición, trillas, México.

19. GARCIA Martin José María. (2005). Modelo Social la discapacidad hoy. **Red de revistas de América Latina, El Caribe, España y Portugal (Redalyc)** vol.14, num.3. Pp.245-253
20. GARRIDO, G.A., Ortega, S.P., y Salguero, V.A. (2005). Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitados. **Psicología y salud**, pp. 15, 2, 263-269.
21. GÓMEZ, C.A.L., Núñez, R.O.L., y Gómez, N.E. (2001). La familia del niño y la niña con diagnóstico de retraso mental [En línea]. Disponible en: (<http://www.ilustrados.com/seccion/salud/page/5/>) [consultado 10 de diciembre de 2014].
22. GUEVARA Benítez Yolanda y Edith González Soto. (2012). La familia ante la discapacidad. **Revista electrónica de psicología de Iztacala**. Universidad Nacional Autónoma de México.
23. HAAK P, Lenski M, Hidecker MJ, Li M, Paneth N (2009). “Cerebral palsy and aging” en *Developmental Medicine and Child Neurology*; Vol. 51. Suppl. 4, pp. 16-23.
24. HERNANDEZ Sampieri, Roberto, Carlos Hernández Collado, Pilar Bapstida Lucio (2014). Metodología de la investigación 6ª edición. Mc Graw Hill Educación. México
25. HORMIGO, K.A (2006). Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos y subjetivos, cognitivos y educativos. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y Material Didáctico.
26. IAP (2011). Centro De Cirugía Especial De México. [en línea]. Disponible en (<http://www.ccem.org.mx/pci/clasif.htm>) [consultado 4 de septiembre de 2014]
27. INEGI. 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México
28. JOHNSON, A.M., y Martínez, L. A. (1997). La educación del niño deficiente mental. Manual para padres y educadores. España CINCEL.
29. KATZ Gregorio. Rangel Guillermina. Lazcano Eduardo. (2010) discapacidad intelectual, editorial Mc. Graw-Hill México.

30. KÜBLER Ross, Elizabeth (2004). Sobre la muerte y los moribundos. Grupo Editorial Random House Mondadori, S.L. Barcelona, España.
31. LAZARUS S, Richard, Susan Folkman (1986), estrés y procesos cognitivos. Edit. Martínez Roca S.A. Barcelona España.
32. LAZARUS, R. S. (1991). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. España, Bilbao: Desclée de Brouwer
33. LAZARUS, R. S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
34. LEÓN, C. R., Menes, G. M.M., Puertolas, S, N.M, Trevijano, B. I., y Zabalza, E. S. (2003). El impacto en la familia del deficiente mental. Revista interuniversitaria de formación de profesorado. Pp. 17, 2, 195-212.
35. LIMIÑANA, G. R. M. (2008). Género y adaptación psicológica ante la discapacidad. Universidad Miguel Hernández
36. LIZASOÁIN, O., y Onieva, C. E. (2010). Un estudio sobre la fratria ante la discapacidad intelectual. **Revista intervención psicológica**. Pp. 19, 89-99.
37. LÓPEZ Ramírez, Ernesto Octavio (2009). Las emociones. Trillas, México.
38. LÓPEZ, R. S. (1997). Zen, acupuntura y psicología. México: Plaza y Valdés.
39. MELENDEZ, R. L. (2005). La educación especial en Costa Rica: **fundamentos y evolución**, Costa Rica: universidad estatal a distancia.
40. MOLINA.A & Alexander. E. (2002) Mi hijo tiene discapacidad intelectual México: Ararú. Producción de alternativas de comunicación para necesidades especiales. [en línea]. Disponible en (<http://discapacinet.gob>) [consultado 10 de septiembre de 2014]
41. NOVEL, M. G., Lluch, C. M. T., y Miguel, L. D. (2000). Enfermería psicosocial y salud mental. España: El sevier Masson.
42. NÚÑEZ B. (2003) La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Argentina: revista argentinos de pediatría. Numero de informe: 1001(2): 81-160. [En línea] disponible en: (<http://www.fejidif.org/Herramientas/cd/herramientas%20de%20trabajo/Interve>

[ncion/La%20familia%20con%20un%20hijo%20con%20discapacidad.pdf](#)

[consultado 06 de octubre de 2014]

43. NUÑEZ, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. [En línea]. Disponible en: (<http://www.discapacidadyfamilia.com/>) [consultado 10 de diciembre de 2014].
44. NUÑEZ, B. (2005). El vínculo fraterno cuando uno de los hermanos tienen discapacidad. [En línea]. Disponible en: (<http://www.discapacidadyfamilia.com/>) [consultado 10 de diciembre de 2014].
45. OMS 2011. Organización Mundial de la Salud [en línea] (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>) [Consulta 30 de agosto de 2014].
46. ORTEGA, S, P., Torres, V. L. E., Reyes, L. A., y Garrido, G. A. (2010). Paternidad: niños con discapacidad. **Revista intercontinental de psicología y educación**. p.p 12, 1, 135-155.
47. ORTEGA, T. L. C. (1997). El síndrome de Down: guía para padres, maestros y médicos. México: Trillas.
48. PESSAH SE. (1999) Desarrollo familiar, estrés familiar y su afrontamiento como factores que influyen en el uso de servicios de rehabilitación en familias de niños con parálisis cerebral del Instituto Nacional de Rehabilitación, Perú Noviembre [en línea] Disponible en: (<http://ris.bvsalud.org/finals/PER-1520.pdf>) [consultado 02 de octubre de 2014]
49. PIQURAS Rodríguez, José Antonio, Ramos Linares Victoriano, Martínez González, Luis y Guadalupe Orbitas Armando (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. **Red de revistas de América Latina, El Caribe, España y Portugal (Redalyc)**. Vol.16 num.2. p.p 85-112
50. POLAINO, L. A., Abad, A. M., Martínez, C.P., y Pozo, A. A. (2000). ¿Qué puede el médico por la familia del enfermo? España. Rialp.
51. RAMOS Frayjaro Martínez, Marco Antonio (2014). El origen de las emociones. Trillas, México.

52. RAMOS Linares, Victoriano, José Antonio Piqueras Rodríguez, Agustín Ernesto Martínez González, Luis Armando Oblitas Guadalupe (2009). Emoción y cognición: implicaciones para el tratamiento. ***Red de revistas de América Latina, El Caribe, España y Portugal (Redalyc)*** vol.27, núm. 2. Pp. 227-237.
53. RICHARD S. Lazarus, Susan Folkman (1986). Estrés y procesos cognitivos. Edit. Martínez Roca, Barcelona España.
54. ROLLAND, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde terapia sistémica. Barcelona: Gedisa.
55. ROMERO R., Celli A. (2006) Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. [En línea] Disponible en : (www.serbi.luz.edu.ve/pdf/ed/v11n1/art_05.pdf) [consultado 06 de octubre de 2014]
56. ROSENBAUM P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jacobsson B. (2006). "A report: the definition and classification of cerebral palsy" en *Developmental Medicine and Child Neurology*; Vol. 109; pp. 8-14.
57. RUEDA Ruiz, María Begoña, Aguado Díaz, Antonio León. (2003). Estrategias de afrontamiento y proceso adaptativo a la lesión medular 1ª edición. Editorial IMERSO. Madrid España.
58. SALGADO Karla (2003) reacciones emocionales de los padres ante la presencia de un hijo con discapacidad. Servicio de atención psicológica de la Cruz Roja Mexicana.
59. SÁNCHEZ, Cantón Sevilla (1997). Compendio de educación especial. Manual Moderno México.
60. SORIA, T. R. (2006). Paternidad, maternidad y empoderamiento femenino. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. p.p. 3, 9, 86-109.
61. SORRENTINO. A. M. (1990). Hándicap y rehabilitación: una brújula sistemática en el universo relacional del niño con deficiencias físicas. España: Páidos.
62. TELETON (2014) Fundación Teletón México.

63. TORRES IA, Beltrán FJ. 2008. Cómo educar sexualmente a niños con discapacidad mental. Universidad Autónoma de Tamaulipas; México:
64. TORRES, V. L. E. (2004). La paternidad: una mirada retrospectiva. Revista de ciencias sociales. p.p 3, 47-58.
65. URBANO, A. C., y Yuni, A. J. (2008). La discapacidad en la escena familiar. Argentina: Encuentro grupo editor.
66. VALDÉS, C. A. A (2007). Familia y Desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México: Manual Moderno.
67. VERDUGO. A. (1998). Personas con discapacidad. México. Siglo XXI
68. WARREN. C Howard. (2008). Diccionario de Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
69. WORLD Health Organization (2011). Discapacidad y salud. [En línea]. Disponible en: (<http://www.who.int/es/>) [consultado 29 de septiembre de 2014]
70. YOE Zabala Larizza, Raúl Alberto Rivas Lira, Patricia Andrade Palos. Lucy María Reide Martínez (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos en la Ciudad de México. ***Revista intercontinental de psicología y educación, universidad Intercontinental México***. Vol.10. pp. 159-182
71. ZULETA, M. I. (2000, citado en J.R, 2000). La relación madre-hijo. Revista sexualidad y personas con discapacidad psíquica. p.p 117-143. Madrid: FEAPS.

GLOSARIO:

- Discapacidad: cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.
- Estigmatizante: cualquier peculiaridad natural del cuerpo, de un individuo determinado que se considera como signo de degeneración
- Afectos: estímulo o motivo que provoca sentimiento más que percepción o pensamiento. Componente dinámico y esencial de la emoción.
- Concomitante: presencia o ausencia simultanea de los fenómenos.
- Aceptación: experiencia o rasgo de una experiencia o conducta, caracterizada por una actitud positiva (de acercamiento) hacia algún concepto o juicio.
- Adaptación: Cualquier cambio en un organismo, ya sea en su forma o en sus funciones, que lo hace más capaz para conservar su vida o perpetuar su especie. Cambio en la cualidad, intensidad o claridad de una experiencia sensorial que se realiza con un estímulo continuo e invariable.
- Intrínseco: Que es propio o característico de la cosa que se expresa por sí misma y no depende de las circunstancias.

- Arousal: Es una activación general fisiológica y psicológica del organismo, que varía en un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa (Goult y Krane, 1992).

ANEXOS

Entrevista Semi-estructurada (Anexo 1)



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA

UNAM



DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: (M) (F)

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

ESTADO CIVIL:

- Con pareja
- Sin pareja
- Otro: _____

OCUPACIÓN:

- Hogar
- Estudiante
- Empleado
- Otro: _____

ESCOLARIDAD:

- Básica
- Media superior
- Superior
- Otra: _____

DATOS DEL NIÑO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: (M) (F)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD:

- Intelectual
- Múltiple
- Motriz
- Otra: _____

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: (1ª) (2º) (3º) (4º) (otro)

1. ¿Hace cuánto tiempo que diagnosticaron a su hijo?

- Más de 6 meses.
- Menos de 6 meses
- Más de un año
- Más de tres años
- Otro: _____

2. ¿Qué tipo de tratamiento recibe su hijo?

- Médico
- Físico
- Psicológico
- Farmacológico
- Todos los anteriores
- Otro: _____

3. ¿Cuándo y cómo fue que detecto la discapacidad de su hijo (a)?

4. ¿Qué fue lo primero que hizo al enterarse de la discapacidad de su hijo (a)?

5. ¿Cuál fue su primera reacción?

- Alegría
- Tristeza
- Ira
- Sorpresa
- Miedo
- Asco
- Otro: _____

6. ¿Usted cree que su vida ha cambiado después de la noticia sobre la discapacidad de su hijo (a)? (SI) (NO) ¿Por qué?

7. ¿Qué información conoce sobre la discapacidad de su hijo (a)?

- Mucha
- Poca
- Nada

8. ¿Qué es lo que usted siente por su hijo (a) con discapacidad, acepta su discapacidad? (SI) (NO) ¿Por qué?

9. ¿Cuál es la relación con su hijo (a) con discapacidad?

- Estable
- Inestable
- Conflictiva

10. ¿Cómo es la comunicación con si hijo (a) con discapacidad?

- Mucha comunicación
- Poca comunicación
- Ninguna comunicación

11. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos?

- Estable
- Inestable
- Conflictiva

12. ¿Cómo es la comunicación con si hijo (a) con discapacidad?

- Mucha comunicación
- Poca comunicación
- Ninguna comunicación

13. ¿Hoy en día la perspectiva que tiene acerca de la discapacidad de su hijo (a) sigue siendo la misma a la que tenía cuando se enteró?

(SI) (NO) ¿Por qué?

14. ¿Recibe algún tipo de ayuda o atención psicológica? (SI) (NO) ¿Hacia quien va dirigida?

- Hijo con discapacidad
- Hacia usted
- Hacia su hijo y usted
- No recibe ayuda psicológica

15. ¿Hace cuánto que recibe la ayuda psicológica?

- Desde el diagnóstico de su hijo (a)
- Más de un año
- Menos de un año
- No recibe ayuda

16. Si se impartiera un curso taller sobre emociones. ¿Qué emociones le gustaría conocer?

- Alegría
- Tristeza
- Ira
- Sorpresa
- Miedo
- Asco
- Otras: _____

17. Si se impartiera un curso taller sobre emociones ¿Qué días podría asistir, y en que horarios? (MATUTINO) (VESPERTINO)

COPE-S (Anexo 2)

Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario te pide que piense en la situación en la situación difícil y estresante que vive, en este caso a discapacidad de su hijo (a) y en cómo reaccionó a ella. A continuación indique en qué medida usted hizo o sintió lo que se relata en cada uno de los ítems, cuando *usted* experimentó esa *situación estresante*.

Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem *separándolo mentalmente de los otros ítems*. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas **PARA USTED** como pueda. Por favor, responda a *todos* los ítems. No existen respuestas "buenas" o "malas", por tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para USTED, no la que usted crea que la "mayoría de las personas" diría o haría. Indique lo que USTED hizo cuando USTED experimentó la situación estresante que ha descrito.

1 = No hice esto en absoluto.

2 = Hice esto un poco.

3 = Hice esto bastante.

4 = Hice esto mucho.

Si no hay dudas, puede comenzar

1	Intento madurar como resultado de la experiencia.	1 2 3 4
2	Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	1 2 3 4
3	Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1 2 3 4
4	Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1 2 3 4
5	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.	1 2 3 4
6	Me digo a mí mismo "esto no es real".	1 2 3 4
7	Confío en Dios.	1 2 3 4
8	Me río de la situación.	1 2 3 4
9	Admito que no puedo hacerlo frente y dejo de intentarlo.	1 2 3 4
10	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1 2 3 4
11	Hablo de mis sentimientos con alguien.	1 2 3 4
12	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.	1 2 3 4
13	Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1 2 3 4
14	Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.	1 2 3 4
15	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1 2 3 4
16	Sueño despierto con cosas diferentes de ésta.	1 2 3 4
17	Me altero y soy realmente consciente de ello.	1 2 3 4
18	Busco la ayuda de Dios.	1 2 3 4
19	Elaboro un plan de acción.	1 2 3 4
20	Hago bromas sobre ello.	1 2 3 4
21	Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.	1 2 3 4
22	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1 2 3 4
23	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1 2 3 4

24	Simplemente dejo de alcanzar mi objetivo.	1 2 3 4
25	Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema. .	1 2 3 4
26	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.	1 2 3 4
27	Me niego a creer que ha sucedido.	1 2 3 4
28	Dejo aflorar mis sentimientos.	1 2 3 4
29	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo. . . .	1 2 3 4
30	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema. . .	1 2 3 4
31	Duermo más de lo habitual.	1 2 3 4
32	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1 2 3 4
33	Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1 2 3 4
34	Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1 2 3 4
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1 2 3 4
36	Bromeo sobre ello.	1 2 3 4
37	Renuncio a conseguir lo que quiero.	1 2 3 4
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1 2 3 4
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1 2 3 4
40	Finjo que no ha sucedido realmente.	1 2 3 4
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente. . . .	1 2 3 4
42	Intento firmemente evitar que cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto. . .	1 2 3 4
43	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1 2 3 4
44	Acepto la realidad del hecho de que ha sucedido.	1 2 3 4
45	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron. . .	1 2 3 4

46	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1 2 3 4
47	Llevo a cabo una acción directa entorno al problema.	1 2 3 4
48	Intento encontrar alivio en mi religión.	1 2 3 4
49	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1 2 3 4
50	Hago bromas de la situación.	1 2 3 4
51	Reduzco el esfuerzo para resolver el problema.	1 2 3 4
52	Hablo con alguien de cómo me siento.	1 2 3 4
53	Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1 2 3 4
54	Aprendo a vivir con ello.	1 2 3 4
55	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1 2 3 4
56	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1 2 3 4
57	Actúo como si nunca hubiera sucedido.	1 2 3 4
58	Hago lo que ha de hacerse, paso a paso.	1 2 3 4
59	Aprendo algo de la experiencia.	1 2 3 4
60	Rezo más de lo habitual.	1 2 3 4



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



**CUESTIONARIO DE ESTRÉS, EMOCIÓN Y AFRONTAMIENTO
Muñoz, Berra, Vega (2012) (Anexo 3)**

Edad _____ Sexo M___ F___ Grado escolar _____
Ciudad, Delegación o Municipio _____

A continuación te pedimos nos describas una situación y lo que experimentaste alrededor de ella, así como una serie de preguntas para conocer cómo te sentiste en dicha situación. No existen respuestas buenas o malas; los datos que nos proporcionas son confidenciales y la información que nos aportes es muy valiosa.

Escribe una situación en la que te hayas sentido estresado(a).

¿Del 1 al 10 qué tan estresado(a) te sentiste?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hace cuánto tiempo fue?

1) Hace unos días 2) Hace una semana 3) Hace un mes 4) Hace un año o más

¿Qué hiciste ante dicha situación?

Del siguiente listado identifica la emoción que experimentaste y califica la intensidad de dicha emoción.

0 1 2 3
NADA POCO MODERADO MUCHO

Emoción	0	1	2	3	Emoción	0	1	2	3
Ira					Felicidad				
Ansiedad					Orgullo				
Temor					Alivio				
Culpa					Esperanza				
Vergüenza					Amor				
Tristeza					Gratitud				
Envidia					Compasión				
Celos									

¿Cuánto tiempo duró la emoción que tuvo mayor intensidad?

- 1) Pocos minutos 2) Una hora 3) Varias horas 4) Un día o más

¿Quién piensas que fue el responsable del evento en primer lugar? Puedes elegir más de una opción, de ser así, ordénalas jerárquicamente colocando un 1 a la más significativa y un 10 a la menos importante.

- ___ Yo
- ___ Amigos cercanos
- ___ Parientes cercanos
- ___ Compañeros
- ___ Extraños
- ___ Figuras de autoridad
- ___ Fuerzas naturales
- ___ Fuerzas sobrenaturales
- ___ Suerte
- ___ Destino
- ___ Ninguno de los anteriores

¿Qué efectos se presentaron después del evento? Puedes elegir más de una opción, de ser así, ordénalas jerárquicamente colocando un 1 a la más significativa y un 4 a la menos importante.

- ___ Problemas familiares
- ___ Problemas con los amigos
- ___ Problemas de salud
- ___ Bienestar
- ___ Ninguno

Escribe una situación que te haya resultado placentera.

Otros, ¿Cuáles? _____

¿Del 1 al 10 díganos qué tan placentera fue?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hace cuánto tiempo fue?

- 1) Hace unos días 2) Hace una semana 3) Hace un mes 4) Hace un año o más

¿Qué hiciste ante dicha situación?

Del siguiente listado identifica la emoción que experimentaste y califica la intensidad de dicha emoción.

0 1 2 3
 NADA POCO MODERADO MUCHO

¿Cuánto tiempo duró la emoción que tuvo mayor intensidad?

- 1) Pocos minutos 2) Una hora 3) Varias horas 4) Un día o más

Emoción	0	1	2	3	Emoción	0	1	2	3
Ira					Felicidad				
Ansiedad					Orgullo				
Temor					Alivio				
Culpa					Esperanza				
Vergüenza					Amor				
Tristeza					Gratitud				
Envidia					Compasión				
Celos									

¿Quién piensas que fue el responsable del evento en primer lugar? Puedes elegir más de una opción, de ser así, ordénalas jerárquicamente colocando un 1 a la más significativa y un 10 a la menos importante.

- Yo
- Amigos cercanos
- Parientes cercanos
- Compañeros
- Extraños
- Figuras de autoridad
- Fuerzas naturales
- Fuerzas sobrenaturales
- Suerte
- Destino
- Ninguno de los anteriores

¿Qué efectos se presentaron después del evento?, Puedes elegir más de una opción, de ser así, ordénalas jerárquicamente colocando un 1 a la más significativa y un 4 a la menos importante.

- Problemas familiares
- Problemas con los amigos
- Problemas de salud
- Bienestar
- Ninguno
- Otros, ¿Cuáles? _____

Redes Semánticas (Anexo 4)



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA



UNAM

A continuación se presenta una palabra, la cual corresponde a una de las emociones básicas, en los renglones disponibles escriba una palabra que para usted represente, esté relacionada o que describa dicha emoción, después enumérelas del 1 al 10 donde 1 corresponde a la más importante y 10 a la menos importante.

Si no queda clara alguna de las indicaciones favor de consultar con el aplicador.

ALEGRIA	TRISTEZA	IRA	SORPRESA	MIEDO	ASCO

CURSO TALLER “EMOCIONES EN EL AFRONTAMIENTO” (Anexo 5)

OBJETIVO DEL CURSO TALLER:

- Brindar herramientas y recursos a los padres con hijos discapacitados para el manejo de las emociones en su vida cotidiana

ESTRUCTURA DEL CURSO TALLER:

- Este curso taller conto con un total de 10 horas repartidas en tres sesiones, en cada sesión se abordaran 2 emociones para llegar al total de las 6 emociones básicas: alegría, miedo, tristeza, sorpresa, ira y asco.
- Las sesión están conformadas por actividades y dinámicas referentes a cada una de las emociones básica
- Cada sesión estuvo estructurada por 3 puntos estratégicos: 1) Presentación, 2) Desarrollo y 3) Cierre.

SESIÓN 1 “IRA Y ALEGRÍA”

OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	OBSERVACIONES
<p>-Dar a conocer a los participantes el tema de las emociones en donde se incluyen subtemas como lo son ¿Qué son las emociones?, funciones de las emociones y emociones básicas</p> <p>-Abordaje de la emoción básica IRA</p> <p>-Abordaje de la emoción básica ALEGRIA</p>	<p>-Lugar amplio</p> <p>-Hojas</p> <p>-Lápices</p> <p>-Colores</p> <p>-Cinta adhesiva</p> <p>- Música</p> <p>-Una manzana</p>	<p>1. Bienvenida a los participantes</p> <p>2. Dinámica de presentación “La manzana”</p> <p>3. Abordaje a las emociones donde se incluyen temas: ¿Qué son las emociones?, emociones básicas y funciones de las emociones</p> <p>4. Abordaje de la emoción IRA Y ALEGRIA: se inicia con una dinámica titulada: “contar hasta 10”, posteriormente y por medio de una presentación de PowerPoint se dará a conocer el concepto de ira y alegría, continuaremos con la dinámica “la expresión”, posteriormente se realizara la dinámica “emociones a través de la música”, para terminar se realizara una dinámica de respiración.</p>	<p>120 min</p>	

SESIÓN 2 “MIEDO Y TRISTEZA”

OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	OBSERVACIONES
<p>-Abordaje de la emoción básica miedo</p> <p>-Abordaje de la emoción básica tristeza</p>	<p>-Lugar amplio</p> <p>-Hojas</p> <p>-Bolígrafos</p> <p>-Texto impreso de lo que he aprendido de la vida</p> <p>-3 urnas o contenedores</p>	<p>1. Esta sesión comenzaremos con una dinámica titulada “Mis miedos”</p> <p>2. Presentación de power point de los términos miedo y tristeza, posteriormente se llevara a cabo la dinámica titulada “las tres urnas”, continuaremos con la dinámica titulada “carta a un Pígalión negativo” para finalizar esta sesión se llevara a cabo la dinámica titulada “lo que he aprendido de la vida”</p>	<p>130 min</p>	

SESIÓN 3 “SORPRESA Y ASCO”

OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO	TIEMPO	OBSERVACIONES
<p>-Abordaje de la emoción básica sorpresa</p> <p>-Abordaje de la emoción básica asco</p>	<p>-Lugar amplio</p> <p>-Ropa cómoda</p> <p>-Plastilina</p>	<p>1.Comenzaremos con una técnica de respiración, posteriormente daremos inicio con la dinámica “Un día para mi”</p> <p>2.Presentación en PowerPoint para dar a conocer los términos de “sorpresa y asco”</p> <p>3.Dinámica “Sorpresa de la vida”</p> <p>4.Cierre del curso taller</p>	<p>125 min</p>	