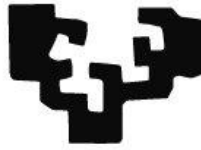


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

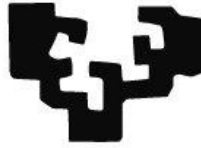
**ADOLESCENTES ECUATORIANOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ:
ADAPTACIÓN AL SISTEMA EDUCATIVO, FACTORES
PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICOS**

Tesis Doctoral
Santos Bravo Loor

Directoras
Dra. Elena Bernarás Iturrioz
Dra. Maite Garaigordobil Landazabal

Donostia-San Sebastián
2019

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

**ADOLESCENTES ECUATORIANOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ:
ADAPTACIÓN AL SISTEMA EDUCATIVO, FACTORES
PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICOS**

Tesis Doctoral
Santos Bravo Loor

Directoras
Dra. Elena Bernarás Iturrioz
Dra. Maite Garaigordobil Landazabal

Donostia-San Sebastián
2019

AGRADECIMIENTOS

Una de las mejores prácticas de valores es la gratitud, especialmente cuando en la vida se presentan momentos difíciles tanto personales como laborales. De pronto, en el camino, te encuentras con personas maravillosas que hacen magia para que la vida cambie, influyendo hacia una actitud positiva logrando superar las adversidades. Por ello, quiero agradecer a todas las personas que me han apoyado en este largo camino.

En primer lugar a Dios, por darme a través de la espiritualidad las fuerzas necesarias y poder culminar esta meta tan anhelada. En segundo lugar, quiero destacar la calidad humana y profesional, de quienes han sido un pilar fundamental para la cristalización de esta investigación doctoral, guiándome desde su experticia profesional y profunda vocación docente. Mis queridas directoras, mi respeto, consideración y admiración por haberme guiado para culminar este proceso satisfactoriamente, créanme sin vosotras no hubiese sido posible lograrlo.

A mi directora y tutora Dra. Elena Bernarás Iturrioz, quién durante estos años de arduo trabajo, me ha guiado con mucha paciencia y profesionalismo brindándome su apoyo incondicional. A mi directora Dra. Maite Garaigordobil Landazabal, que ha significado un gran apoyo y estímulo para que no desmaye sobre todo en los momentos más difíciles que tuve que soportar.

En tercer lugar a mi familia: Mi esposa Lic. Yolanda Saquicela, mis hijos, Dra. Diana, Dr. Hans y Dra. Patricia Bravo Saquicela, por el apoyo y comprensión de no poder dedicar el tiempo suficiente durante la realización de esta tesis. A mi sobrino Ing. Daniel Bravo Baque por su valiosa ayuda en el soporte informático. En cuarto lugar a los estudiantes de las carreras de Radiología e Imagenología y Terapia Ocupacional, especialmente a María Auxiliadora y Jenny Zambrano, quienes me ayudaron eficientemente a coordinar el equipo de encuestadores. También agradezco, a los docentes y estudiantes que me colaboraron brindándome la información necesaria para este estudio, de manera muy especial al alumnado con discapacidad física, quienes a pesar de sus limitaciones hicieron el esfuerzo por dar la información requerida.

INDICE

RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN.....	19
PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	27
CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ EN LA EDUCACIÓN ORDINARIA	31
1.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD MOTRIZ	31
1.1.1. Causas de la discapacidad motriz	32
1.1.2. Clasificación de la discapacidad motriz	34
1.2. INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ	36
1.2.1. Concepto de inclusión educativa	36
1.2.2. Dimensiones de la inclusión educativa: Políticas, culturas y prácticas inclusivas.....	43
1.3. INTEGRACIÓN DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ EN LA EDUCACIÓN ORDINARIA.....	51
CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICAS DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ.....	61
2.1. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y AUTOESTIMA	66
2.2. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y EMPATÍA.....	71
2.3. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y CONDUCTA SOCIAL	73
2.4. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO	77
2.5. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y RESILIENCIA	81
2.6. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	87
2.7. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y BULLYING.....	89
2.8. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS.....	91
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	99
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	103
CAPÍTULO 4. PARTICIPANTES.....	109
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	109
4.1.1. Distribución de la muestra docentes en función del sexo	109
4.1.2. Distribución de la muestra del alumnado en función del sexo	110
4.1.3. Distribución de la muestra del alumnado en función de la edad	111

4.1.4. Distribución de la muestra del alumnado en función del nivel de estudios	112
4.1.5. Distribución de la muestra en función del tipo de centro educativo	113
4.1.6. Distribución de la muestra según la ocupación laboral de los padres.....	115
4.1.7. Distribución de la muestra según el nivel de estudios de los padres de los participantes	117
4.1.8. Distribución de la muestra según el nivel socio-económico de la familia...	119
4.1.9. Distribución de la muestra según la ubicación geográfica de los centros educativos, en la muestra total, experimental y control	121
4.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN MUESTRAL	123
CAPÍTULO 5.....	127
5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	129
5.2. PROCEDIMIENTO O FASES DEL ESTUDIO	130
CAPITULO 6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	131
6.1. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO	133
6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	136
6.2.1. Cuestionario de indicadores de inclusión Bristol (Booth y Ainscow, 2002)	138
6.2.2. Cuestionario de integración (Suriá, 2012)	140
6.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965)	142
6.2.4. Cuestionario de evaluación de la empatía (Merhabian y Epstein, 1972) ...	144
6.2.5. Batería de socialización (BAS 3, Silva y Martorell 2001)	146
6.2.6. Cuestionario de apoyo social (MOS, Sherbourne y Stewart 1991)	148
6.2.7. Escala de resiliencia (RS. Wagnild y Young, 1993).....	151
6.2.8. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE, Sandín y Chorot 2003) ..	154
6.2.9. Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales. Escala de bullying (Garaigordobil, 2013).....	157
6.2.10. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Derogatis, 2002).....	160
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	165
7.1. INDICADORES DE INCLUSIÓN: PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO	166
7.1.1. Percepción del profesorado del nivel de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz.....	166
7.1.2. Percepción del profesorado del nivel de inclusión de los y las estudiantes con discapacidad motriz en función del sexo y la edad	172
7.2. INDICADORES DE INTEGRACIÓN: PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO...	174

7.2.1. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz	174
7.2.2. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz en función del sexo y la edad	179
7.3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ALUMNADO CON Y SIN DISCAPACIDAD MOTRIZ ..	181
7.4. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ: EFECTOS EN FUNCIÓN DEL SEXO, LA EDAD, EL GRADO Y LAS CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD	184
7.4.1. Diferencias en función del sexo	184
7.4.2. Diferencias en función de la edad	187
7.4.3. Diferencias en función del grado de discapacidad	189
7.4.4. Diferencias en función de la causa de la discapacidad	191
CAPITULO 8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	197
8.1. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	197
8.2. APORTACIONES, LIMITACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	217
8.2.1. Aportaciones del estudio.	217
8.2.2. Limitaciones del estudio	218
8.2.3. Implicaciones	219
8.2.4. Futuras líneas de investigación	220
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223
ANEXOS	239
ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS AL PROFESORADO.	241
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS AL ALUMNADO	247
ANEXO 3: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	268

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conexión entre Discapacidad Motriz y Autoestima:una revisión.....	67
Tabla 2. Conexión entre Discapacidad Motriz y Empatía: una revisión	72
Tabla 3. Conexión entre Discapacidad Motriz y Habilidades Sociales: una revisión	74
Tabla 4. Conexión entre Discapacidad Motriz y Apoyo Social: una revisión.....	78
Tabla 5. Conexión entre Discapacidad Motriz y Resiliencia: una revisión	82
Tabla 6. Conexión entre Discapacidad Motriz y Afrontamiento del Estrés: una revisión .	88
Tabla 7. Conexión entre Discapacidad Motriz y Bullying: una revisión	90
Tabla 8. Conexión entre Discapacidad Motriz y Síntomas Psicopatológicos: revisión.....	93
Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de la muestra docentes según el sexo	109
Tabla 10. Frecuencias y porcentajes en función del sexo del alumnado, en la muestra total, experimental y control	110
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes del alumnado en función de la edad, en la muestra total, experimental y control.....	112
Tabla 12. Frecuencias y porcentajes del alumnado en función del nivel de estudios, en la muestra total, experimental y control	113
Tabla 13. Frecuencias y porcentajes en función de los tipos de centros educativos, en la muestra total, experimental y control	114
Tabla 14. Frecuencias y porcentajes en función de la ocupación laboral de la madre, en la muestra total, experimental y control	115
Tabla 15. Frecuencias y porcentajes en función de la ocupación laboral del padre, en la muestra total, experimental y control	116
Tabla 16. Frecuencias y porcentajes en función del nivel de estudios del padre, en la muestra total, experimental y control	117
Tabla 17. Frecuencias y porcentajes en función del nivel de estudios de la madre, en la muestra total, experimental y control	119
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes en función del nivel socio-económico de la familia, en la muestra total, experimental y control	120
Tabla 19. Frecuencias y porcentajes en función de la ubicación geográfica, en la muestra total, experimental y control.....	121
Tabla 20. Unidades educativas participantes	124
Tabla 21. Instrumentos de evaluación para medir las variables objeto de estudio	136
Tabla 22. Distribución de los ítems por dimensión de inclusión.....	139
Tabla 23. Distribución de los ítems por dimensión de integración	141
Tabla 24. Relación de ítems de empatía	145
Tabla 25. Relación de ítems por cada factor de la escala de conducta social.....	147
Tabla 26. Relación de ítems por cada factor de la escala de apoyo social.....	150
Tabla 27. Relación de ítems por cada factor de la escala de resiliencia.....	152
Tabla 28. Distribución de los ítems por dimensión de afrontamiento del estrés	155
Tabla 29. Distribución de los ítems por dimensión de síntomas psicopatológicos	162
Tabla 30. Frecuencias y porcentajes del cuestionario de de inclusión-Bristol	167

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de docentes en cada puntuación directa total en las tres escalas (cultura, políticas y prácticas inclusivas) del cuestionario de indicadores de inclusión-Bristol	169
Tabla 32. Baremos del Cuestionario de Indicadores de Inclusión-Bristol: distribución de las puntuaciones directas y transformación en percentiles	170
Tabla 33. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en indicadores de inclusión en función del sexo y la edad.....	173
Tabla 34. Frecuencias y porcentajes del cuestionario de integración.....	175
Tabla 35. Frecuencias y porcentajes de docentes en cada puntuación directa total en las tres escalas (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente) del cuestionario de integración.....	176
Tabla 36. Baremos del Cuestionario de Integración: distribución de las puntuaciones directas y transformación en percentiles	177
Tabla 37. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en indicadores de inclusión en función del sexo y la edad.....	180
Tabla 38. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en las variables de estudio en los estudiantes con y sin discapacidad motriz ...	182
Tabla 39. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en las variables de estudio en varones y mujeres con discapacidad motriz	184
Tabla 40. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en las variables de estudio en diferentes niveles de edad	187
Tabla 41. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en las variables de estudio entre los y las estudiantes con diferentes grados de discapacidad motriz.....	189
Tabla 42. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en variables de estudio en función de diferentes causas de discapacidad .	192

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentajes de la muestra docentes según el sexo	109
Gráfico 2. Porcentajes en función del sexo del alumnado, en la muestra total, experimental y control	111
Gráfico 3. Porcentajes del alumnado en función de la edad, en la muestra total, experimental y control	112
Gráfico 4. Porcentajes del alumnado en función del nivel de estudios, en la muestra total, experimental y control	113
Gráfico 5. Porcentajes en función de los tipos de centros educativos, en la muestra total, experimental y control	114
Gráfico 6. Porcentajes en función de la ocupación laboral de la madre, en la muestra total, experimental y control.....	115
Gráfico 7. Porcentajes en función de la ocupación laboral del padre, en la muestra total, experimental y control	117
Gráfico 8. Porcentajes en función del nivel de estudios del padre, en la muestra total, experimental y control	118
Gráfico 9. Porcentajes en función del nivel de estudios de la madre, en la muestra total, experimental y control	119
Gráfico 10. Porcentajes en función del nivel socio-económico de la familia, en la muestra total, experimental y control.....	120
Gráfico 11. Porcentajes en función de la ubicación geográfica, en la muestra total, experimental y control	122
Gráfico 12. Culturas, Políticas y prácticas inclusivas: distribución de docentes en los niveles bajo, medio y alto	172
Gráfico 13. Medias en indicadores de inclusión en función del sexo	173
Gráfico 14. Medias en indicadores de inclusión en función de la edad	174
Gráfico 15. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz	179
Gráfico 16. Medias en indicadores de inclusión en función del sexo	180
Gráfico 17. Medias en indicadores de inclusión en función de la edad	181

RESUMEN

RESUMEN

Este estudio tiene dos grandes objetivos: (1) Analizar la percepción que tiene el profesorado sobre la inclusión y la integración de los estudiantes con discapacidad motriz inscritos en el sistema educativo ordinario ecuatoriano; y (2) Identificar variables psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en los y las estudiantes con discapacidad motriz.

La muestra se configura con 200 estudiantes ecuatorianos de 11 a 18 años, 100 con discapacidad motriz (53% chicas y 47% chicos), y 100 sin discapacidad motriz (50% chicas y 50% chicos). Los participantes cursan educación básica (58,5%) y bachillerato (41,5%), en centros públicos (88%), privados (9%) y fiscomisal (3%). Además, la muestra incluye 100 docentes (43% hombres y 57% mujeres).

La investigación utiliza un diseño de investigación no experimental y transversal. Es un estudio descriptivo, ya que describe la percepción del profesorado ecuatoriano en relación a la inclusión e integración del alumnado con discapacidad motriz, y también un diseño comparativo, ya que se compara a un grupo de “estudiantes con discapacidad motriz” con otro grupo de “estudiantes sin discapacidad motriz” seleccionados mediante la técnica del espejo, en diversas variables de personalidad, psicosociales y psicopatológicas.

Después de obtener el consentimiento informado para la colaboración en el estudio, los participantes (profesorado y alumnado) cumplieron 10 instrumentos de evaluación, con garantías psicométricas de fiabilidad y validez, para medir las variables objeto de estudio: percepción del profesorado del nivel de inclusión y del nivel de integración del alumnado con discapacidad motriz, autoestima, empatía, conductas sociales positivas (consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, liderazgo) y negativas (conductas de retraimiento social, de ansiedad-timidez), apoyo social percibido (emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva, apoyo afectivo), resiliencia (satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia), afrontamiento del estrés (focalizado en el problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, religión), bullying (nivel de victimización, agresión,

observación y victimización-agresiva), y síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo).

Con los datos recogidos, se realizan análisis descriptivos (frecuencias y porcentajes) e inferenciales (análisis de varianza), evidenciándose los siguientes resultados:

(1) En relación a la percepción del profesorado sobre el nivel de cultura, políticas y prácticas inclusivas los resultados han puesto de relieve que casi 1/3 del profesorado percibe que la inclusión del alumnado con discapacidad motriz es baja o muy baja (cultura inclusiva 26%, políticas inclusivas 29%, prácticas inclusivas 28%). Además, en los tres indicadores de inclusión (culturas inclusivas, políticas inclusivas y prácticas inclusivas) evaluados por el profesorado no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo o la edad del docente.

(2) En relación a la percepción del profesorado sobre la integración del alumnado con discapacidad motriz los resultados han mostrado que casi 1/4 del profesorado percibe un bajo nivel de integración entre los estudiantes con y sin discapacidad motriz en la escuela. Dar clase a alumnos o alumnas con discapacidad motriz es una fuente de inquietud para ellos (24%), percibe que no están preparados docentemente para atender a este colectivo de estudiantes (21%) y observa problemas de convivencia e interacción entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz (22%). Además, en los tres indicadores de integración (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo del docente. En el análisis en función de la edad, no se hallaron diferencias en inquietud docente y formación docente, sin embargo, se encontró que a menor edad del docente mayor percepción de conductas discriminatorias de los iguales hacia los que tienen discapacidad.

(3) Al comparar a los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz, los resultados muestran pocas diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la mayoría de las variables objeto de estudio. Únicamente se han encontrado diferencias significativas en conductas de retraimiento social, en expresión emocional abierta, y en el nivel de agresión (bullying). En concreto, los estudiantes con discapacidad motriz muestran

significativamente mayores puntuaciones en retraimiento social, y menores puntuaciones en expresión emocional abierta y en realización de conductas agresivas a otros compañeros y compañeras. No se han encontrado diferencias significativas en autoestima, empatía, en conductas sociales positivas con los iguales (consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, liderazgo), en conductas sociales negativas (ansiedad social), en percepción del apoyo social, en resiliencia, en diversas variables relacionadas con el afrontamiento del estrés (focalizado en el problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, búsqueda de apoyo social, religión), en bullying (victimización, observación), ni en ninguno de los síntomas psicopatológicos evaluados.

(4) Las chicas con discapacidad motriz, comparadas con los chicos con discapacidad motriz, realizan más conductas de autocontrol, tienen más conductas de ansiedad social, perciben más la ayuda a la que pueden acceder a través de los lazos sociales, tanto emocional, informacional y afectivamente. Sin embargo, los chicos con discapacidad motriz son más víctimas y perpetradores de bullying. En el resto de las variables no se hallaron diferencias en función del sexo.

(5) En el alumnado con discapacidad motriz se evidencia un aumento significativo de la perseverancia a medida que aumenta la edad (11-18 años), mientras que las conductas de victimización por bullying disminuyen significativamente. En el resto de las variables no se hallaron diferencias en función de la edad.

(6) En somatización y en síntomas de ansiedad aquellos que tenían discapacidad leve mostraban significativamente mayores puntuaciones que los que tenían discapacidad moderada o grave, que no tuvieron diferencias entre sí. Sin embargo, en autoestima los que tenían discapacidad grave mostraban significativamente mayor autoestima. No se hallaron diferencias en función del grado de discapacidad en el resto de las variables.

(7) Al comparar si existen diferencias en variables psicosociales, de personalidad y en síntomas psicopatológicos en función de las causas de la discapacidad motriz (congénita, hereditaria, adquirida) los resultados confirman ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las variables objeto de estudio, es decir, las

causas de la discapacidad no afectan a variables psicosociales, a rasgos de personalidad, ni a síntomas psicopatológicos.

En conclusión, casi 1/3 del profesorado percibe que la inclusión del alumnado con discapacidad motriz es baja o muy baja; casi 1/4 del profesorado percibe un bajo nivel de integración entre los estudiantes con y sin discapacidad motriz. En cuanto a las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas, los estudiantes con discapacidad motriz mostraron significativamente mayores puntuaciones en conducta de retraimiento social, menores puntuaciones en expresión emocional abierta y perpetración de conductas agresivas a otros compañeros y compañeras. En función del sexo, las mujeres realizan más conductas de autocontrol y ansiedad social, perciben más ayuda social; los varones son más víctimas y perpetradores de bullying. En función de la edad, los grupos entre 11-13, 14-15 y 16-18 muestran diferencias significativas en perseverancia y victimización por bullying, observándose un aumento de la perseverancia y una disminución de la victimización por bullying con la edad. En función del grado de discapacidad, se hallaron diferencias significativas en autoestima, somatización y ansiedad, con superiores puntuaciones en autoestima en aquellos que tenían discapacidad grave, y en síntomas de somatización y ansiedad en los que tenían discapacidad leve. Por último, se observó que la causa de discapacidad no afecta a ninguna variable.

El estudio aporta valiosa información a los organismos de educación del Estado Ecuatoriano, a los centros educativos, docentes y la comunidad educativa en general, para la toma de decisiones en la formulación de políticas educativas, tanto nacionales como locales, que favorezcan el ingreso, participación y permanencia de los y las adolescentes con discapacidad física en los centros educativos regulares.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La discapacidad motriz se refiere a las variaciones del sistema musculo-esquelético, que son causadas por un deficiente funcionamiento de los sistemas nervioso, muscular y óseo-articular, los mismos que se interrelacionan entre sí. Esta deficiencia musculo-esquelética es la que imposibilita la movilidad funcional o dificulta la autonomía en las personas (Bonals y Sánchez, 2007, p. 21). En este marco, la Dirección General de Educación Especial de México (2015) indica que la discapacidad motriz es una condición de vida que afecta al control y movimiento del cuerpo, provocando dificultades en el desplazamiento, en el equilibrio, en la manipulación de objetos, en la comunicación y en la respiración, restringiendo el desarrollo personal y social.

Las causas de la discapacidad motriz son diversas y se pueden presentar ya sea por causas de origen genético, hereditario o por causas adquiridas (Castejón y Navas, 2009). Según Bonals y Sánchez (2007) atendiendo a la localización del origen, la discapacidad motriz se clasifica de la siguiente manera: origen cerebral, origen espinal, muscular y origen óseoarticular. Por su parte, Bulnes, Bográn y Hernández (2011) manifiestan que las causas de la discapacidad motora son las siguientes: prenatales, perinatales y postnatales.

Pérez (2007) afirma que la discapacidad motriz de acuerdo con la localización topográfica se clasifica de la siguiente manera: tetraplejía, triplejía, paraplejía, hemiplejía y monoplejía. Castellanos, Rodríguez y Castellanos (2007), por su parte, clasifican la discapacidad motriz según el grado de afectación: leve, moderada, grave y profunda.

La adaptación de los estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad depende de los niveles de inclusión e integración educativa. En este contexto, la UNESCO manifiesta que “la educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo” (UNESCO, 2005, p.14). Por tanto, la educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad, a las necesidades de todo el

alumnado mediante una mayor participación en el aprendizaje, en las actividades culturales o comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera de los centros educativos.

Así mismo, Ainscow, Booth y Dyson (2006, p.25) describen la inclusión educativa como un proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares para tratar, eliminar o minimizar, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar, las barreras de distintos tipos que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación de alumnos y alumnas en la vida escolar de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables.

Por otra parte, Arias, Arraigada, Gavia, Lillo y Yáñez (2005, p.21) mencionan que “la integración escolar implica una serie de estrategias que permiten la integración entre las diferentes áreas educativas y el currículo regular”. Esta integración, por una parte, hace que el o la docente ajuste metodologías y estrategias para que su intervención sea eficaz; y, por otro lado, permite que el alumnado con necesidades educativas interactúe con los demás, accediendo a los diferentes espacios, minimizando las barreras del aprendizaje y la participación. Además, los autores refieren tres niveles de integración escolar: 1) Integración física, se entiende como una aproximación espacial entre personas con y sin necesidades especiales, utilizando los mismos recursos y medios; 2) Integración funcional, en este nivel los tiempos y calidad de las interacciones son más intensas; 3) Integración social, se refiere al acercamiento social entre las personas con y sin necesidades especiales, y en este caso, las interacciones son espontáneas y se establecen vínculos afectivos.

Este estudio tiene dos grandes objetivos: (1) Analizar la percepción que tiene el profesorado sobre la inclusión y la integración de los estudiantes con discapacidad motriz inscritos en el sistema educativo ordinario ecuatoriano; y (2) Identificar variables psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en los y las estudiantes con discapacidad motriz. Estos 2 objetivos generales se concretan en 4 objetivos específicos, en base a los cuales se formulan 14 hipótesis. Los objetivos específicos son: 1. Reconocer y categorizar las dificultades de adaptación que experimentan los y las estudiantes con discapacidad motriz en el sistema educativo ordinario, desde la percepción del profesorado. 2. Identificar la percepción que tiene el profesorado del alumnado con discapacidad motriz. 3. Comparar las características psicosociales, de

personalidad y psicopatológicas de los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz. 4. Analizar si en el alumnado con discapacidad motriz existen diferencias en las características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos, en función del sexo, la edad, el grado y la causa de la discapacidad.

El estudio consta de dos partes: la fundamentación teórica y la investigación empírica. La vertiente teórica del trabajo investigativo origina los dos primeros capítulos y la parte empírica los seis últimos. La intención del primer capítulo es ofrecer una revisión teórica para profundizar sobre la integración del alumnado con discapacidad motriz en la educación ordinaria. En el primer bloque de este primer capítulo se presentan las definiciones más importantes relacionadas con la discapacidad motriz. Además, se realiza un abordaje sobre las complicaciones, origen y clasificaciones de la discapacidad motriz. En el segundo apartado se analiza la inclusión educativa, haciendo énfasis en las dimensiones propuestas por Booth y Ainscow (2002): culturas inclusivas, prácticas inclusivas y políticas inclusivas. En el tercer apartado se examina la integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz en la educación ordinaria, y se profundiza en los estudios que analizan (1) la percepción de la inquietud de los y las docentes por tener alumnado con discapacidad; (2) la percepción que tiene el profesorado del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad; y (3) la falta de preparación del profesorado para atender alumnado con discapacidad.

En el capítulo segundo se analizan las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas del alumnado con discapacidad motriz, tomando en consideración los estudios previos y profundizando en las siguientes variables: autoestima, empatía, conducta social, apoyo social percibido, resiliencia, afrontamiento del estrés, bullying y síntomas psicopatológicos. Además, se presentan estudios que analizan estas variables en función del sexo, de la edad y del grado de discapacidad.

La segunda parte del trabajo presenta el estudio empírico de esta tesis y la conforman seis capítulos. En el capítulo tercero se describen los objetivos e hipótesis de la investigación, estructurados de la siguiente manera: dos objetivos generales, de los que se desprenden cuatro objetivos específicos y catorce hipótesis.

En el capítulo cuarto se presenta la muestra, que está compuesta por 100 docentes y 200 estudiantes ecuatorianos de 11 a 18 años de edad (100 con discapacidad

motriz y 100 sin discapacidad motriz), seleccionada de forma intencional. En este capítulo, primeramente, se hace una descripción de los y las docentes que participaron en el estudio. Posteriormente, se describe la muestra de alumnado en función del sexo, edad, nivel de estudios, del tipo de centro educativo, de la ocupación laboral y nivel de estudios de los padres y madres, del nivel socio-económico de la familia y, por último se describe la muestra según la ubicación geográfica de los centros educativos en la muestra total, experimental y de control.

El capítulo quinto está estructurado en dos apartados: por un lado, se presenta el diseño de la investigación, que es un diseño no experimental. Además, es un estudio descriptivo, ya que describe la percepción del profesorado ecuatoriano en relación a la inclusión e integración del alumnado con discapacidad motriz, y también un diseño comparativo, ya que se compara a un grupo de “estudiantes con discapacidad motriz” con otro grupo de “estudiantes sin discapacidad motriz” seleccionados mediante la técnica del espejo, en diversas variables psicosociales, de personalidad, y psicopatológicas. Atendiendo al tipo de datos recogidos, esta investigación responde a un diseño de tipo transversal, ya que se dispone de una sola medida de las variables en un único momento temporal. Por otro lado, en este capítulo se describe el procedimiento empleado para la realización de esta tesis y las fases del estudio.

El capítulo sexto, está estructurado en dos bloques; por una parte, se describen las variables objeto de estudio detalladas a continuación: (1) Inclusión: mediante su análisis permite conocer los niveles de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz en sus tres dimensiones: culturas inclusivas educativas, políticas inclusivas y prácticas inclusivas; (2) Integración: esta variable analiza la adaptación escolar de los estudiantes con discapacidad motriz; (3) Autoestima: se refiere al sentimiento de satisfacción y el respeto que tienen los estudiantes de sí mismos; (4) Empatía: analiza las relaciones interpersonales del alumnado con discapacidad motriz, entre sus iguales y docentes; (5) Habilidades sociales: hace referencia al autocontrol en las relaciones sociales, formas de comportarse y consideraciones con los iguales; (6) Apoyo social: se estudia la capacidad que tienen los y las adolescentes con discapacidad motriz de percibir el apoyo social, por parte de quienes están en su entorno; (7) Resiliencia: se trata de comprender la capacidad o dificultad que tienen los jóvenes que presentan

discapacidad motriz para afrontar las barreras y desafíos que se les presenten en lo relacionado a la adaptación escolar; (8) Afrontamiento al estrés: valora los estilos de afrontamiento del estrés, estudia los esfuerzos conductuales y cognitivos que realizan los y las adolescentes con discapacidad motriz y se analizan los modos de hacer frente a las demandas internas y externas para afrontar el estrés; (9) Bullying: a través de esta variable se plantea conocer si los estudiantes con discapacidad motriz son víctimas de maltrato entre iguales; y, (10) Síntomas psicopatológicos: se evalúa la presencia de problemas emocionales y conductuales (ansiedad, depresión, hostilidad...).

Por otra parte, en este capítulo sexto se detallan los instrumentos de evaluación para medir las variables objeto de estudio: (1) Cuestionario sociodemográfico, indaga variables sociodemográficas como: datos de los estudiantes, información de los profesores, datos de la unidad educativa e información de los padres; (2) Cuestionario de indicadores de inclusión - Bristol (Booth y Ainscow, 2002) que mide la inclusión percibida por el profesorado mediante el proceso de análisis sistemático de las culturas, políticas y prácticas escolares para minimizar la exclusión, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar; (3) Cuestionario de integración (Suriá, 2012a) que evalúa la integración percibida por el profesorado respecto a: a) cómo se siente por tener alumnado con discapacidad; b) la actitud de los estudiantes sin discapacidad hacia los que tienen discapacidad; y c) el nivel de formación de los docentes para afrontar la educación de estudiantes con discapacidad; (4) Escala de autoestima (RSE. Rosenberg, 1965) que mide la autoestima – autovaloración; (5) Cuestionario de evaluación de la empatía (EQ. Mehrabian y Epstein, 1972), el cual evalúa la capacidad cognitiva y emocional para hacerse cargo de las emociones de otros seres humanos; (6) Batería de socialización (Bas 3. Silva y Martorell, 2001) que mide las conductas sociales positivas y negativas: consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social, ansiedad social/timidez y liderazgo; (7) Apoyo Social Percibido (MOS. Londoño, Rogers, Castilla y Posada, 2012) que examina la percepción del apoyo social que se dispone a nivel emocional, instrumental, interacción social positiva y afectiva; (8) Escala de Resiliencia (RS. Wagnild y Young, 1993) que analiza la capacidad de una persona para afrontar y superar las adversidades: competencia, autodisciplina, y aceptación; (9) Cuestionario

de Afrontamiento al Estrés (CAE. Sandín y Chorot, 2003) que mide los estilos de afrontamiento al estrés: focalizado en la resolución de problemas, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional, evitación, búsqueda de apoyo social y religión; (10) Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales (Garaigordobil, 2013) que indaga en el bullying – victimización; y (11) Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R. Derogatis, 2002) que evalúa los síntomas psicopatológicos: somatización, obsesión – compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo.

En el capítulo siete se exponen los resultados de la investigación en tres grandes bloques. En el primer bloque se analizan los resultados de los indicadores de inclusión desde la percepción del profesorado. En el primer apartado de este primer bloque, se exponen los resultados de los niveles de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz expresados desde la percepción de los profesores, evaluando las variables culturas, políticas y prácticas inclusivas. En el segundo apartado se muestran los resultados de niveles de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz en función de edad y sexo del profesorado.

En el segundo bloque se expresan los resultados de los indicadores de integración desde la percepción del profesorado. En el primer apartado de este segundo apartado, se presentan los niveles de integración de los estudiantes con discapacidad motriz desde la percepción del profesorado evaluando las variables inquietud docente, iguales ante la discapacidad y formación docente. En el segundo apartado, se exponen los niveles de integración de los estudiantes con discapacidad motriz en función de edad y sexo del profesorado.

Finalmente, el tercer bloque expone los resultados de las características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en el alumnado con y sin discapacidad motriz. En primer lugar, se expresan los resultados sobre diferencias de las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas comparando estudiantes con y sin discapacidad motriz. En segundo lugar, se presentan los resultados de las diferencias en función del sexo, edad, grado de la discapacidad y causas de la discapacidad.

Para concluir, el octavo capítulo se dedica a mostrar las principales conclusiones de la investigación, a discutir los hallazgos más importantes, a resaltar las limitaciones del estudio y a proponer líneas futuras de investigación. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1

INTEGRACIÓN DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ EN LA EDUCACIÓN ORDINARIA

CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ EN LA EDUCACIÓN ORDINARIA

1.1.DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD MOTRIZ

La discapacidad motriz, se refiere a las variaciones del sistema musculoesquelético, que son causadas por un deficiente funcionamiento de los sistemas nervioso, muscular y óseo-articular, los mismos que interrelacionan entre sí. “Esta deficiencia musculoesquelética es la que imposibilita la movilidad funcional o dificulta la autonomía en las personas” (Bonals y Sánchez, 2007, p. 21).

“Estas características dependen del nivel de afectación funcional y el origen de la discapacidad” que poseen las personas (Turriago, 2005, p. 287-288) y las/los estudiantes con discapacidad motora se enfrentan a numerosas dificultades para acceder adecuadamente al proceso de aprendizaje y a la interacción con sus iguales. Estas dificultades son debidas a una deficiencia en el control postural, en el desplazamiento, en la manipulación y en la comunicación con los demás. En este sentido, Fontiveros (2010, p.2) manifiesta que un alumno con discapacidad motórica es aquel que presenta una motricidad anormal producida por alteraciones del sistema nervioso periférico, del sistema nervioso central y por enfermedades de los músculos y de las articulaciones, afectando al sujeto de manera duradera y frecuentemente crónica, repercutiendo en sus actividades cotidianas (postura, movilidad, coordinación global, etc.).

En este marco, la Dirección General de Educación Especial de México (2015) indica que la discapacidad motriz es una condición de vida que afecta al control y movimiento del cuerpo, provocando dificultades en el desplazamiento, en el equilibrio, en la manipulación de objetos, en la comunicación y en la respiración, restringiendo el desarrollo personal y social. Se presenta cuando existen alteraciones de los músculos, huesos, articulaciones o medula espinal, así como por alguna afección del cerebro. Por otro lado, el Ministerio de Educación de Chile (2008, p.7), define la discapacidad motora como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos, acceder a diferentes espacios, lugares y actividades

que realizan todas las personas con las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

En consecuencia, más allá de las alteraciones de origen biológico, los entornos hechos para personas sin discapacidad, el desconocimiento de sus derechos o las barreras y las limitaciones sociales son más discapacitantes que la propia condición física. De esta complejidad de la discapacidad motriz se derivan múltiples necesidades educativas como, por ejemplo, las del movimiento, que dificultan el control postural, la sedestación, las destrezas de brazos, de manos y el desplazamiento. Latorre y Bisetto (2010) se refieren al mal funcionamiento del sistema óseo articular, muscular y/o nervioso que limita las actividades escolares y de la vida cotidiana. Jiménez (2015) por su parte, menciona que las personas con discapacidad motriz presentan limitaciones físicas, actitudinales, sociales y curriculares.

Las necesidades educativas no solo están presentes en estudiantes con discapacidad motriz, también hay alumnos y alumnas plurideficientes, cuyas necesidades educativas tienen su origen en deficiencias sensoriales o psíquicas. Fenichel (2007) afirma que las crisis convulsivas iniciadas en el periodo prenatal o en la infancia o durante la pubertad precoz presentan una anomalía asociada a los cambios de personalidad lo que repercute en el aprendizaje. En el contexto social también hay factores fuertemente asociados a las limitaciones del aprendizaje, es decir, que las dificultades que enfrentan los y las estudiantes con discapacidad no son individuales, sino que son debidas a las restricciones de la sociedad para brindar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de las personas sean asumidas por todo el colectivo en los diferentes ámbitos (Palacios, 2008).

1.1.1. Causas de la discapacidad motriz

La discapacidad motora es una afectación del sistema musculoesquelético, muy compleja en razón de que puede presentarse por diferentes causas tal y como lo plantean Castejón y Navas (2009). Según estos autores las causas de discapacidad motriz pueden ser: 1. Causa de origen congénito: la discapacidad motriz se presenta por alteraciones en el proceso de gestación que provocan malformaciones (Por ejemplo,

esпина bífida, amputaciones, alteraciones del sistema nervioso central, etc.); 2. Causas de origen hereditario: alteraciones transmitidas de padres a hijos (Por ejemplo, distrofia muscular de Duchenne, osteogénesis imperfecta, hemofilia, entre otras); 3. Causas adquiridas: se manifiestan después del nacimiento, durante el desarrollo, por traumatismos, infecciones, asfixia, alteraciones vasculares, tumores cerebrales, etc.

Otro aspecto importante a abordar en la discapacidad motora es la localización de su origen y sus características, ya que éstas suelen ser muy variables. Conocer el origen de la discapacidad orienta a los profesionales en la obtención de un diagnóstico diferencial, de una mejor atención y un seguimiento adecuado. Según Bonals y Sánchez (2007) atendiendo a la localización del origen, la discapacidad motriz se clasifica de la siguiente manera:

1. *Origen cerebral*. La discapacidad motriz se presenta por afectación del sistema nervioso central debido a: lesiones cerebrales durante las etapas pre-peri o posnatales, traumatismos craneoencefálicos, infecciones que afectan el sistema nervioso central, alteraciones vasculares a nivel cerebral, tumores, entre otros.

2. *Origen espinal*. La discapacidad motriz es causada por lesiones medulares, por ejemplo, por problemas congénitos como la espina bífida; o por problemas adquiridos, normalmente traumatismos; si son infecciosos son producidos por enfermedades como la poliomielitis, etc.

3. *Origen muscular*. La discapacidad motriz se da por afectación en los músculos. Esta alteración muscular es conocida como miopatía, por ejemplo, las enfermedades degenerativas como las distrofias musculares.

4. *Origen óseoarticular*. La discapacidad motriz se desarrolla por afectación de los huesos o de las articulaciones. Entre las alteraciones más frecuentes se observan las siguientes: malformaciones congénitas como las amelias y focomelias (amputaciones congénitas); luxación congénita de caderas y artrogriposis; alteraciones distróficas: como la condodistrofia y la osteogénesis imperfecta; o las alteraciones microbianas: entre las que se encuentra la tuberculosis óseoarticular.

Por su parte, Bulnes, Bográn y Hernández (2011) manifiestan que las causas de la discapacidad motora son las siguientes:

1. *Prenatales*. Se presentan en el periodo que va desde la fecundación hasta los primeros síntomas del parto. Entre estas causas se incluyen las genéticas (distrofia muscular de Duchenne, osteogénesis imperfecta, hemofilia, etc.), y las congénitas que están presentes al nacimiento pero que no necesariamente son genéticas (esпина bífida, amputaciones, agenesias, tumores, parálisis cerebral, etc.). Estos autores, entre los factores predisponentes de la discapacidad motora, destacan los factores sociales (alcohol, tabaco, drogas, etc.) y los factores ambientales (radiaciones). Además incluyen problemas que la madre podría experimentar durante el embarazo: enfermedades infecciosas (rubeola, sarampión, hepatitis, toxoplasmosis, herpes genital, VIH/SIDA, etc.), cardiopatías, preclamsia, enfermedades respiratorias, desnutrición, placenta previa, rotura prematura de membranas, patologías placentarias, alteraciones del cordón umbilical, etc. que dan lugar a malformaciones cerebrales en el feto.

2. *Perinatales*. Se presentan en el periodo comprendido entre los primeros síntomas del parto y el primer mes de nacimiento. Al igual que en la etapa anterior se presentan múltiples factores que pueden originar discapacidad motora como son: la asfixia, la hiperbilirrubinemia, que el niño o niña nazca de forma prematura, o con, bajo peso, la incompatibilidad sanguínea, o determinadas infecciones como la sepsis neonatal, especialmente por meningitis.

3. *Postnatales*. Periodo comprendido desde el mes de nacido hasta los siete años. En esta etapa los factores más comunes de discapacidad motora son: factores infecciosos como la meningitis, tumores cerebrales o deformidades del sistema circulatorio como, por ejemplo, los aneurismas. También son frecuentes los traumatismos craneoencefálicos por accidentes, etc.

1.1.2. Clasificación de la discapacidad motriz

De acuerdo a la localización y extensión de la lesión, la discapacidad motora puede afectar una parte o a todo el cuerpo. A mayor afectación del sistema musculoesquelético, mayor dificultad para la accesibilidad y la adaptación al sistema educativo ordinario. Este es un aspecto importante para planificar actividades terapéuticas, educativas,

recreacionales, etc. (Turriago, 2005). Por su parte, Pérez (2007) clasifica la discapacidad motriz según la localización topográfica de la siguiente manera:

1. Tetraplejía: la discapacidad motora se manifiesta en los cuatro miembros.
2. Triplejía: presencia de discapacidad motora en tres miembros.
3. Paraplejía: la discapacidad motora se evidencia en los dos miembros inferiores.
4. Hemiplejía: la discapacidad motora está presente en un hemicuerpo, que puede ser el derecho o el izquierdo.
5. Monoplejía: la discapacidad motriz se presenta en un miembro, puede ser superior o inferior¹.

Evaluar el grado de afectación de la discapacidad motora, resulta muy importante, ya que es el punto de partida para plantear objetivos y actividades de intervención. En este sentido Castellanos, Rodríguez y Castellanos (2007) clasifican la discapacidad motriz, según el grado de afectación, de la siguiente manera: 1) Leve: alteración en la coordinación y el movimiento, afectación en la motricidad fina, hay desplazamiento autónomo, y la discapacidad es funcional, es decir, la persona puede realizar de manera independiente, acciones físicas cotidianas; 2) Moderada: limitaciones funcionales en la marcha, sedestación, cambio de posturas y manipulación, dificultad en la motricidad fina y gruesa; y aunque con dificultad, la persona es funcional en actividades de la vida diaria; 3) Grave: la independencia de la vida diaria es restringida, hay alteración en el equilibrio, existe dificultad en el control de las manos; el desplazamiento se realiza con alguna ayuda técnica y/o una persona, efectúa alguna función con ayuda; 4) Profunda: capacidad motriz muy reducida para las funciones básicas como cambio de posiciones, no hay funcionalidad, es necesaria la ayuda de otras personas para actividades básicas como la alimentación, el aseo, etc.

El Ministerio de Educación de Bolivia (2013) señala que la discapacidad motriz o parálisis cerebral, es la afectación de uno o un grupo de músculos, que producen la pérdida o reducción de las funciones motrices de una o varias partes del cuerpo, de forma temporal o permanente. Además se presentan alteraciones del tono muscular,

¹ “ejía”: (plejía) hace referencia a parálisis o afectación grave, mientras que el sufijo "esia" (paresia) es una parálisis ligera o incompleta.

entre las que destacan: 1. Hipotonía: disminución del tono muscular, pudiendo ser de origen central o periférico; y, 2. Hipertonía: aumento exagerado del tono muscular.

La discapacidad motora ocasionada por parálisis cerebral, y de acuerdo a la sintomatología clínica que se presenta, se clasifica de la siguiente manera: a) Espástica: se manifiesta por una resistencia aumentada al estiramiento, la persona presenta dificultad en el control de la postura y el movimiento; es producida por una lesión en la neurona motora superior; b) Atetósica: en este tipo de discapacidad las personas presentan movimientos lentos y de contorsión mostrando una actividad muscular descoordinada. Se produce por una lesión a nivel de los ganglios basales; c) Atáxica: se manifiesta con hipotonía, alteración del equilibrio, de la coordinación, temblor intencional, disartria y a veces nistagmo. Se produce por una lesión en el cerebelo; d) Corea: caracterizada por movimientos involuntarios anormales de los pies y manos y su causa es un daño a nivel del núcleo caudado; e) Distonía: se manifiesta como anomalía postural, espasmos de contracción intermitentes, deformidad de los movimientos destinados a un fin. Se origina por un daño del globo pálido (Ministerio de Educación de Bolivia, 2013).

1.2. INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

1.2.1. Concepto de inclusión educativa

Inclusión es un vocablo que proviene del latín *inclusio* - *onis*, y se define como el enlace o aprecio de alguien con otra persona (Real Academia Española. RAE, 2014). De acuerdo con el criterio de Rubio (2009) la inclusión surge del periodo de la “normalización”, y se refiere a la utilización de medios culturales normativos como familiares, técnicos, valores, instrumentos, métodos, entre otros, para crear condiciones de vida adecuadas para la persona. Se pretende que los servicios educativos, de salud, vivienda, etc., alcancen al menos el estatus de un ciudadano de nivel medio y que la persona mejore sus habilidades y competencias, y pueda alcanzar un óptimo desarrollo.

En este marco, el informe Warnock publicado en 1978 es uno de los antecedentes más concluyentes en la manera de concebir la atención a la diversidad (Navarro y Espino, 2012). Esta corriente se fortaleció con la Declaración de Salamanca en 1994, con

la guía “Evaluación y Mejora de la Educación Inclusiva” de Booth y Ainscow (2002), y con otros documentos que permitieron la conceptualización y reconceptualización del término de inclusión, que sustituyó al término y a la anterior concepción denominada integración.

Escribano y Martínez (2013 p.16) definen la inclusión educativa de la siguiente manera:

No es un nuevo enfoque. Es más bien un reenfoque, una reorientación de una dirección ya emprendida, un corregir los errores atribuidos a la integración escolar, que subraya la igualdad por encima de la diferencia, que no se circunscribe solo al ámbito de la educación, es una idea transversal que está presente en los ámbitos de la vida social, familiar, laboral, etc.

Estos autores hacen reflexionar en el sentido de que no se trata simplemente de cambiar términos, si no que las unidades educativas deben comprometerse a realizar un análisis crítico sobre lo que se puede hacer para optimizar el aprendizaje y la participación del alumnado con discapacidad, tanto en el centro educativo como en todos los escenarios en los que se desenvuelven las personas. López (2016) manifiesta que la inclusión en la educación apunta a la construcción de un vínculo entre el docente y cada uno de sus estudiantes basado en el pleno reconocimiento y el respeto mutuo. En palabras de Fernández (2006), “la educación inclusiva ha ido ganando terreno como movimiento que desafía y rechaza las políticas, culturas y prácticas educativas que promueven cualquier tipo de exclusión” (p.135).

En la misma línea se pronuncia Ainscow (2007) y señala que en muchos países la educación inclusiva todavía es considerada como un enfoque para atender a niños y niñas con discapacidades dentro del contexto de educación general. En este marco la UNESCO (2005, p.14) manifiesta que la educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo. Supone que el objetivo de la educación inclusiva es eliminar la exclusión social que proviene de actitudes frente a la diversidad como son la raza, la clase social, la etnia, la religión, el género, la capacidad, etc.

En algunos países el significado del término educación inclusiva o inclusión educativa permanece confuso. Se piensa en la inclusión como una modalidad de

tratamiento de niños y niñas con discapacidad dentro de un marco general de educación. A nivel internacional, este concepto es visto de manera más profunda, como una reforma que acoge y apoya la diversidad de todos los alumnos y alumnas (UNESCO, 2005). Por tanto, la educación inclusiva puede ser concebida como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad, a las necesidades de todo el alumnado mediante una mayor participación en el aprendizaje, en las actividades culturales u comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera de los centros educativos.

El Ministerio de Educación de Ecuador (2013) afirma que la inclusión educativa se basa en los principios de equidad, cooperación y solidaridad, es decir, en una propuesta educativa heterogénea, que asegura el derecho de todos y todas las estudiantes, con especial atención en aquellos con mayor riesgo de exclusión, a educarse en el sistema de educación regular. Se pretende transformar el sistema educativo y que la atención de y las estudiantes con discapacidad recaiga en todos los miembros de la comunidad educativa, asegurando, así, la permanencia, participación y el aprendizaje de todo el alumnado. Para ello, los y las docentes tendrán formación continua sobre educación inclusiva, se erradicarán las barreras de toda índole, permitiendo que el alumnado con discapacidad permanezca todo el tiempo en el aula siendo participe de un currículo universal.

Lograr una educación inclusiva implica cambios y modificaciones de contenidos, enfoques, estructuras y estrategias basados en una visión común que contemple a todos los niños y niñas en edad escolar, con la convicción de que es responsabilidad del sistema educativo regular la educación de todo el alumnado con igualdad de derecho. El propósito de la educación inclusiva es permitir que el profesorado y el alumnado se sientan cómodos ante la diversidad y la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender" (UNESCO, 2005, p. 14).

Los grandes cambios socioeconómicos, culturales y tecnológicos, así como la sociedad en general, promueven la equidad en condiciones de igualdad para todos, en base a los principios de la diversidad. Por tanto, el concepto inclusión educativa se fundamenta en el derecho de acceso a la educación ordinaria que todos los niños, niñas y adolescentes tienen. En consecuencia, las instituciones educativas deben dar

respuestas diferenciadas a las necesidades de cada alumno o alumna, potenciando el desempeño escolar de acuerdo con sus habilidades y capacidades. Este principio también se aplica en la vida familiar, la comunidad, el trabajo, la diversión y el deporte.

Booth y Ainscow (2002) aplican el término educación inclusiva en lugar de inclusión de alumnado con necesidades educativas especiales, en razón de que se estaría etiquetando al alumnado y generando expectativas más bajas por parte de los y las docentes. En este marco, la UNESCO (2008, p.3) define la educación inclusiva: “Como un principio rector general, que refuerza la educación para el desarrollo sostenible, el aprendizaje a lo largo de la vida y el acceso a oportunidades de aprendizaje en condiciones de igualdad para todos los niveles de la sociedad“. Así mismo, Ainscow, Booth y Dyson (2006, p.25) describen la inclusión educativa como un proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares para tratar, eliminar o minimizar, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar, las barreras de distintos tipos que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación de alumnos y alumnas en la vida escolar de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables.

Echeita y Ainscow (2011) hacen referencia a cuatro puntos importantes en torno a la inclusión educativa: 1. Es un proceso, que posibilita aprender a vivir con las diferencias y asimilar cómo aprender de las diferencias. 2. Se relaciona con la identificación y eliminación de barreras para el aprendizaje. 3. Se refiere a la presencia, participación y logros de todos y todas las estudiantes. 4. Pone el énfasis en aquellos grupos de aprendices, que pueden estar en riesgo de marginación, exclusión o desventaja.

Referente a los términos de inclusión y exclusión, Slee y Allan (2001) destacan las resistencias que se han creado por la ruptura entre el discurso y las prácticas inclusivas. Según Oliver y Barnes (2010), aún existen retos en los centros educativos para impulsar la inclusión, porque persisten acciones orientadas a la segregación del alumnado con discapacidad dentro de las instituciones educativas.

Por su parte el Ministerio de Educación de Ecuador, (2013, p.5) señala que educación inclusiva se define como el proceso de identificar y responder a la diversidad de necesidades especiales de todos y todas las estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, a fin de reducir la exclusión en la educación. Además,

sostiene que la educación inclusiva se fundamenta en los principios constitucionales y en los diferentes instrumentos internacionales referentes a su promoción y funcionamiento. Para su cumplimiento, los proyectos educativos de las unidades educativas deben considerar el tema de la inclusión de estudiantes con discapacidad, sensibilizar a la comunidad educativa y prever los recursos necesarios para responder adecuadamente a sus características. Con el fin de garantizar una calidad de atención al alumnado con discapacidad motora, las unidades educativas, desde su proyecto educativo, promueven la adquisición de los recursos necesarios, así como la capacitación de los y las docentes.

En este marco el Ministerio de Educación de Chile (2008), para dar una respuesta efectiva al alumnado con discapacidad motora, propone las siguientes orientaciones relacionadas con las dimensiones que se presentan a continuación:

- 1) Capacidad de memoria de retención de la información. Se trata de ofrecer al alumnado con discapacidad motora diversas experiencias de abordaje multisensorial o significación, de considerar sus intereses en la realización de las distintas actividades y de establecer la asociación de los conocimientos previos de los y las estudiantes con los nuevos aprendizajes.
- 2) Ritmo de aprendizaje. Secuenciar las tareas en pequeños pasos, dar los apoyos necesarios, evitando la sobreprotección; realizar actividades para trabajar con pares; respetar los tiempos de ejecución de las tareas y adaptar las ayudas técnicas si fuera necesario.
- 3) Adquisición de orientación espacial y temporal. Realizar estimulación vestibular de forma temprana, cambiar al alumno o alumna de posición o sacarlo de la silla de ruedas para que experimente otras sensaciones.
- 4) Adquisición y desarrollo del lenguaje. Introducir permanentemente interacciones comunicativas y verbales; dedicar tiempo al desarrollo de las habilidades de comunicación; estimular la audición, relacionar las palabras con acciones; establecer comunicación individual con el alumno o alumna; en caso de ausencia del lenguaje expresivo, incorporar el apoyo de lenguaje alternativo o aumentativo; reforzar la comunicación con imágenes, acciones, personas, lugares, objetos, etc.; y personificar actividades o acciones utilizando láminas para potenciar el lenguaje comprensivo.

- 5) Desarrollo Perceptivo. Presentar diversidad de materiales al alumnado y pedirle que descubra su utilidad y función.
- 6) Tiempos de atención y concentración. Para favorecer la atención selectiva, potenciar la utilización de los materiales más adecuados considerando la cantidad, calidad y variedad de los mismos.
- 7) Capacidad de imitación de conductas sociales. Ofrecer modelos sociales claros adecuados al contexto educativo, familiar y social; determinar que se apliquen normas claras, brindar oportunidades para que el alumnado con discapacidad motora elija la actividad o acción de participación.
- 8) Desarrollo de autonomía e independencia. Motivar al alumnado para que ejecute por sí mismo la actividad, considerando la edad de desarrollo y el nivel funcional; adaptar el material de apoyo, las metodologías o las áreas físicas, en beneficio del aprendizaje y de la participación de los y las estudiantes con discapacidad motora.
- 9) Desarrollo emocional y afectivo. Fortalecer los logros y minimizar los fracasos, con la finalidad de potenciar la autoestima y valorar las destrezas y habilidades que poseen los chicos y chicas con discapacidad motora; introducir valores inclusivos tales como el respeto, la solidaridad, la amistad, etc.
- 10) Autocuidado y autoconocimiento. Fomentar el bienestar físico y mental y estimular el autocuidado.

El Ministerio de Educación de Ecuador (2013) en su decreto nº 295 – 13, artículo 11, indica que la educación inclusiva incluye cambios y modificaciones en contenidos, enfoques, estructura y estrategias, con una visión común y la convicción de que educar con calidad a todos los niños, niñas y adolescentes del rango de edad apropiado, es responsabilidad de los establecimientos de educación escolarizada ordinaria a nivel nacional en todos sus niveles y modalidades.

El mismo decreto establece los objetivos de la educación inclusiva: a) Fomentar el respeto a la diferencia, la tolerancia, la solidaridad, la convivencia armónica y la práctica del diálogo y resolución de conflictos; b) Eliminar las barreras del aprendizaje asociadas a infraestructuras, funcionamiento institucional, sistemas de comunicación, recursos didácticos, currículo, docentes, contexto geográfico y cultural; y, c) Formar ciudadanos

autónomos, independientes, capaces de actuar activa y participativamente en el ámbito social y laboral.

Además se expone la propuesta curricular de la siguiente manera: Las instituciones de educación escolarizada ordinaria harán énfasis en el principio de flexibilidad, para las adaptaciones curriculares que permitan una mejor atención a los y las estudiantes. De acuerdo a las necesidades educativas específicas de cada estudiante, la propuesta curricular deberá adaptar: a) Los objetivos y contenidos; b) La metodología, las estrategias y los recursos; c) La secuencia y temporalidad de los aprendizajes; y, d) La evaluación y los criterios de promoción.

Para las adaptaciones curriculares, los establecimientos de educación escolarizada ordinaria se basarán en el Documento Individual de Adaptaciones Curriculares (DIAC), que será elaborado por la Unidad de apoyo a la inclusión (UDAI) con base al proceso de evaluación y tratamiento psicopedagógico que necesite cada estudiante.

En este marco se crea la UDAI, y el Ministerio de Educación de Ecuador (2013, p.9) la define como un servicio educativo especializado y técnicamente implementado para la atención a los y las estudiantes con necesidades educativas especiales a través de la evaluación, asesoramiento, ubicación e intervención psicopedagógica en los diversos programas y servicios educativos, en todas las modalidades de atención (presencial, a distancia, semi-presencial, diurna, nocturna) y en todos los niveles del sistema educativo (inicial, básica y bachillerato de las instituciones fiscales).

Sin embargo, la inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes continúa teniendo muchas limitaciones. En este contexto Suriá (2014a) respalda que, a pesar del incremento de recursos de apoyo, las adaptaciones curriculares y la formación del profesorado, el alumnado con discapacidad encuentra impedimentos para llevar una vida plena y participar en las actividades que desarrolla el alumnado sin discapacidad, siendo las actitudes sociales, uno de los mayores obstáculos para su inclusión. Así, en el estudio llevado a cabo por el mismo autor (2014a), en el que se analizaron las creencias de los padres de niños y niñas con discapacidad acerca de la inclusión escolar de sus hijos, se comprobó que, de forma general, los padres no se muestran satisfechos con el trato inclusivo que el centro educativo muestra hacia la discapacidad.

Los resultados anteriores coinciden con los estudios de Bryer, Grimbeek, Beamish y Stanley (2004) en los que se aprecia que la actitud que muestra el profesorado y el alumnado sin discapacidad hacia los que tienen discapacidad no es del todo inclusiva. Además, en este estudio también se analizó el grado de inclusión del alumnado en función del tipo de discapacidad, y se observó que los padres de hijos con discapacidad motora percibían actitudes más discriminatorias, tanto por parte del profesorado como del alumnado sin discapacidad, y de los padres con hijos con otro tipo de discapacidad.

1.2.2. Dimensiones de la inclusión educativa: Políticas, culturas y prácticas inclusivas

En relación a lo mencionado anteriormente y en base a la búsqueda bibliográfica realizada, se considera que la inclusión educativa es un proceso en el que participa alumnado, profesorado, personal de administración y servicios, padres y madres de familia, y toda la comunidad en general. Se trata de eliminar la exclusión y de brindar una educación efectiva y de calidad, partiendo de buenas políticas, culturas y prácticas inclusivas.

López (2011) respalda que las unidades educativas, para que brinden adecuada atención al alumnado con discapacidad, deben identificar las culturas, prácticas y políticas inclusivas. Desarrollar la educación inclusiva exige, por tanto, realizar actuaciones en dos perspectivas complementarias y paralelas: por una parte, se tienen que tener en cuenta las tres dimensiones de la Inclusión Educativa (culturas, políticas y prácticas inclusivas propuestas por Booth y Ainscow, 2002); y por otra parte, se han de considerar tres planteamientos básicos: 1. Eliminación de barreras para el aprendizaje y la participación; 2. Aportaciones de los apoyos como facilitadores de la acción; y 3. Aplicación del diseño universal para el aprendizaje (Wehmeyer, 2009).

En la línea de la inclusión educativa, Lahera (2002, p. 34) plantea que las políticas “permiten ordenar en torno a su finalidad o propósito, leyes, metas ministeriales, prácticas administrativas y partidas presupuestarias”. La agenda de la política pública a nivel internacional ha cumplido un papel muy importante en la promoción de igualdad de derechos para las personas en situación de discapacidad o con necesidades educativas especiales. Según Booth y Ainscow (2002), la política inclusiva se centra en la gestión de

los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación.

La descentralización de los recursos, es otro factor importante en la toma de decisiones en cuanto a la Inclusión Educativa. Mancebo (2012) manifiesta que las reformas que han dado paso a la descentralización educativa en diferentes niveles han estado guiadas por los siguientes objetivos: 1. Mejorar la calidad educativa, respondiendo de mejor manera a las necesidades locales e incidir positivamente en la motivación de estudiantes y docentes; 2. Incrementar la calidad de las decisiones de la política educativa respecto a las necesidades locales; 3. Redistribuir la responsabilidad financiera para articular los procesos de descentralización fiscal de los estados; y, 4. Democratizar la transferencia de las decisiones de política educativa a las unidades locales o regionales. Estos objetivos han sido planteados por muchos países para lograr la administración directa de los servicios educativos a nivel regional y local.

En el marco de la Inclusión Educativa, Zapata (2013) indica que el debate sobre políticas inclusivas puede ser abordado desde diferentes puntos de análisis, teniendo en cuenta los procesos mediante los cuales se identifican los problemas y las alternativas, forjando las decisiones de esta temática. En Colombia, la política pública ha brindado mayor accesibilidad e igualdad a todos los niños y las niñas, logrando que este tema se haya abordado de forma transversal (Vásquez, 2015).

En el ámbito de la política inclusiva educativa, en Chile, la Ley - 20.370 (2009) define al estudiante con necesidades educativas especiales como el sujeto que requiere de ayudas y recursos adicionales, sean estos humanos, materiales o pedagógicos, para facilitar su proceso de desarrollo y aprendizaje, y favorecer el logro y los fines de la educación. En este contexto, Murillo (2003) refiere que las instituciones de educación regular deben implementar proyectos inclusivos para alumnado con discapacidad, con el fin de lograr una escuela eficaz que promueva de forma duradera el desarrollo integral de todos y cada uno de sus alumnos y alumnas. Por su parte Gómez (2010) reafirma que las políticas de inclusión social están orientadas a permitir o facilitar el acceso y uso de espacios a las personas con discapacidad.

Según Vásquez (2015), en Chile desde los años ochenta y en Colombia desde los noventa, se han producido grandes cambios en el marco de la política de inclusión

educativa en niños y niñas con discapacidades, delegando funciones a las secretarías regionales y entidades territoriales. Respecto a la conceptualización sobre estudiantes con necesidades educativas derivadas de la discapacidad, en Colombia el concepto está centrado en el alumnado, por ser éste quien presenta la limitación en el desempeño; sin embargo, las políticas desarrolladas se posicionan cerca del término inclusión. Berruezo (2006) plantea que el término inclusión se opone al de exclusión, al igual que el de integración se opone al de segregación.

En cuanto a las Culturas Inclusivas, se puede decir que éstas cumplen un rol importante respecto a la inclusión; la cultura surge en el campo organizativo y se convierte en un elemento relevante para el funcionamiento de las escuelas (Meza, 2010). Este término de cultura inclusiva, ha tenido auge a partir de la promoción de la educación para todos. Sin duda, un documento clave es el Índice de Inclusión propuesto por Booth y Ainscow (2002), quienes afirman que la cultura es un elemento que puede apoyar o perjudicar la política o las prácticas educativas. Las culturas sanas y sólidas se correlacionan fuertemente con altos logros y motivaciones de los y las estudiantes, con la productividad y la satisfacción del profesorado.

La cultura es entendida como “el conjunto de reglas, símbolos, creencias y valores compartidos por todos los miembros de un equipo o grupo humano, que le proporcionan la cohesión necesaria para trabajar armónicamente hacia la consecución de los objetivos comunes” (Hartasánchez, 2002, p.1). Por su parte Booth y Ainscow (2002) exponen que, para que se desarrolle una cultura inclusiva, se debe crear una comunidad escolar segura, placentera, participante e inspiradora en la que toda persona sea parte del proyecto promoviendo los valores inclusivos.

En esta línea, la socioformación, como un nuevo enfoque educativo, contribuye a generar un marco metodológico que promueve una cultura inclusiva y permite fortalecer el tejido social donde todos los individuos poseen los mismos derechos y participan juntos tanto en su formación personal como en la mejora de las condiciones de vida (De la Oliva, Tobón, Pérez y Romero, 2015). Tobón y Núñez (2006) también proponen la socioformación como enfoque, y ponen el énfasis en innovar todos los procesos educativos para alcanzar los retos que se propone la humanidad, buscando que la formación integral y el desarrollo del alumnado se lleven a cabo desde un proyecto ético.

La socioformación forma ciudadanos para la sociedad del conocimiento mediante la aplicación de proyectos formativos transversales, para que estudiantes, personal directivo, docentes y familiares realicen un trabajo colaborativo.

La igualdad en la diversidad es el vocablo más congruente con el pensamiento de equidad, dado que cada sujeto debe recibir en función de lo que necesita. En este sentido, Fraser y Honneth (2006) subrayan que cuando hablamos de aceptación y respeto a las diferencias, de lo que hablamos en realidad es de justicia social y por eso se necesitan políticas de redistribución para que la equidad, los derechos y la justicia social no solo queden en un discurso. La equidad añade precisión al concepto de igualdad al atender a la singularidad y a la diversidad humana en su diferencia, lejos de ser un obstáculo supone una oportunidad de aprendizaje. Sin embargo, las personas con discapacidad no tienen las mismas oportunidades que las personas sin discapacidad (Ainscow, Beresford, Harris, Hopkins y West, 2001).

En los contextos educativos se encuentran elementos que contribuyen a que el alumnado esté incluido social y educativamente en las aulas, y también se encuentran las barreras que producen la exclusión, convirtiéndose en obstáculos que dificultan o limitan el aprendizaje, la participación y la convivencia en condiciones de equidad. En este sentido, Ainscow (2004) menciona como ejemplo de barreras, las actitudes inadecuadas que pueden limitar la presencia, la participación y el aprendizaje de determinados alumnos y alumnas. Los y las estudiantes que experimentan estas barreras son considerados “voces escondidas”.

La cultura inclusiva radica en que en las unidades educativas se identifican dos grupos de estudiantes, el grupo sin discapacidad, y el que tiene discapacidad, generándose la segregación, para luego a través de estrategias sensibilizadoras, pasar a la integración. También se ha observado a menudo la exclusión, la misma que ha sido abordada por organizaciones no gubernamentales, padres/madres de estudiantes con discapacidad, docentes y personal directivo comprometido que han logrado que el alumnado con discapacidad cada día esté más incluido tanto académica como socialmente.

En este sentido, se coincide con el planteamiento de Vega, López y Garín (2013) de que la filosofía de la inclusión representa una lógica cultural desde la perspectiva de los

derechos de las personas. Esta filosofía implica a toda la sociedad, no solo al ámbito escolar, sino que alcanza el ámbito socio-laboral y todos los espacios en los que las personas se desenvuelven habitualmente.

García y Aldana (2010) plantean que es posible identificar la cultura inclusiva a través de las observaciones de lo que ocurre en la escuela, las entrevistas con el profesorado, las experiencias en el aula, las vivencias del alumnado, las narrativas de los padres y madres, y de la gestión, organización y liderazgo del personal directivo.

Sarasola (2004) menciona dos tipos de cultura en las unidades educativas: 1. Cultura transformacional, que se caracteriza por incluir un liderazgo ajustado al logro de los objetivos que busca suscitar y apoyar las innovaciones y discutir temas que abran las posibilidades al cambio; 2. Cultura transaccional, que destaca los rasgos de individualismo, en la que los compromisos son a corto plazo y priman los intereses personales.

El estudio realizado por Ortiz y Lobato (2003) evidencia la relación entre la cultura escolar y la inclusión. Los autores enfatizan que, para que un centro escolar tenga posibilidades de transformarse, es esencial crear un ambiente de relación positiva entre el profesorado, así como buenos niveles de comunicación, una administración que apoye al profesorado, un líder pro-activo y con una filosofía inclusiva. En la misma línea, Escobedo, Sales y Fernández (2012) rescatan de su estudio que los valores compartidos, las altas expectativas, la comunicación, el liderazgo y la colaboración deben estar en armonía con las acciones que se realizan promoviendo la colaboración y la participación.

Posada (2001) plantea que la cultura inclusiva se refiere a aspectos subjetivos tales como los valores y creencias de la comunidad educativa. Dichos aspectos se asocian con la forma particular con que se hacen las cosas en un contexto específico. Carrington y Elkins (2002) indican que los detalles de la cultura educativa se enfocan principalmente en las creencias y actitudes que tienen los y las docentes sobre su rol en el proceso educativo, lo cual tiene un impacto directo en el modelo que diseñan para apoyar al alumnado con diversidad funcional. Por otro lado, Booth y Ainscow (2002) exponen que la cultura inclusiva se refleja en los valores compartidos por los miembros del centro escolar, transmitiéndose en todas las personas que forman parte del contexto.

Por su parte, la práctica inclusiva implica una actuación en la que se reflejan la cultura y las políticas de los centros educativos; tiene que ver con asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares promuevan la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia adquirida por los y las estudiantes fuera de la escuela (Booth y Ainscow, 2002). Las prácticas inclusivas dependen del contexto en el que se desarrollan, se tienen en cuenta elementos como la heterogeneidad del alumnado, sus actitudes y las capacidades de los y las docentes a la hora de innovar y de crear contextos de aprendizaje (Arnaiz, 2003). Las prácticas inclusivas están mediadas por la imagen mental que tiene la comunidad del contexto, la cual se forma a partir de experiencias previas (Booth y Ainscow, 2002). La actividad no se organiza ni individual ni competitivamente, sino de manera cooperativa.

Las prácticas inclusivas propician que los y las docentes identifiquen y comprendan las barreras del aprendizaje y la participación para que puedan ser eliminadas, ya que en caso contrario, esas barreras permanecerán. El punto de partida es hacer un análisis de lo que está ocurriendo en ese contexto. En este sentido, el Índice para Inclusión (Booth y Ainscow, 2002) es un ejemplo útil para evitar las barreras en el profesorado, en el alumnado y en las familias.

Hay que precisar que la presencia de alumnado con discapacidad en los centros educativos ordinarios ha derivado en dos corrientes: una, que defiende la idea de que la escuela debe ofertar un currículum común y otra, que opina que el currículum ha de ser doble. En este sentido, unos profesionales interpretan las adaptaciones como reducción del currículum, eliminando objetivos o eliminando contenidos. Por tanto, parece que las adaptaciones curriculares no son la solución, no han resuelto el problema, al contrario, hay estudios que ponen de manifiesto que han generado más barreras (Ainscow, 2004; López, 2004).

Aguado (2011) concluye que las prácticas en la diversidad son complejas y que más que sean escritas deben mostrar resultados. Por otro lado, Fernández (2011) a través de su estudio, muestra cómo las prácticas inclusivas permiten reducir el fracaso escolar a través de la planeación y organización de las enseñanzas, relacionando la dirección eficaz, diferentes modelos de tutoría, los agrupamientos heterogéneos, el aprendizaje entre pares, la cooperación en el aula, la capacitación del profesorado y la evaluación

basada en criterios claros. Riera (2011), por su parte, aborda el aprendizaje cooperativo como estrategia para atender a la diversidad, en donde los resultados demuestran la interdependencia positiva de todo el grupo.

El diseño universal tiene como principio la eliminación de barreras y la innovación de los apoyos como facilitadores para mejorar la funcionalidad y la participación de todos y las estudiantes en las unidades educativas que implican modificaciones en el aula y en el currículum. Estos ajustes precisan del diseño de un currículum más flexible y abierto. Este objetivo se logra, incorporando los principios del diseño universal para el aprendizaje que garantice que todo el alumnado pueda acceder, avanzar y triunfar en el currículum (Wehmeyer, Lance y Bashinski, 2002).

En este marco, el estudio de Fernández, Rodríguez y Miñan (2016) analiza las actitudes del profesorado hacia la diversidad cultural en diferentes zonas de Granada (España). Los resultados mostraron que no existen problemas por parte de los y las docentes para relacionarse con las familias de diferentes grupos culturales, aunque se observó poca comprensión en torno a las diferencias culturales del alumnado, y poco deseo de informarse en esta temática.

En una investigación realizada por Alborn y Gaad (2014) donde se implementó el Índice de Inclusión de Booth y Ainscow (2002), se encontró que existen barreras principalmente a nivel de cultura inclusiva en los centros de educación. Con estos resultados, los autores apoyan la necesidad de impulsar una cultura que potencie el desarrollo de estrategias que faciliten las habilidades de todo el alumnado.

El estudio de Loaiza (2011) muestra cambios en la cultura escolar e inclusiva en lo atinente a las percepciones del quehacer cotidiano de los maestros y maestras, la equidad de los procesos pedagógicos y rescata la importancia del trabajo cooperativo de toda la comunidad educativa.

González y Hernández (2010) en su investigación reportan que los y las docentes se apoyan en la colaboración del alumnado sin discapacidad y las familias para lograr el proceso de inclusión, haciendo énfasis en la interacción grupal y la cooperación de la madre.

Asimismo, en el estudio de Urton, Wilbert y Hennemann (2014) se evidenció que las prácticas inclusivas positivas dirigidas a los y las estudiantes fomentan la cultura

inclusiva, lo cual se logra desarrollando un trabajo cooperativo y eficaz entre los miembros de la comunidad educativa, con diversos recursos y aplicación de estrategias educativas específicas y un modelo organizativo flexible.

Bravo, Villafuerte, Ramírez, Luzardo y Zambrano (2017) en su estudio expresan que en los centros educativos aún persisten las barreras de acceso a las tics, tanto en los centros educativos públicos y privados, circunstancia que limita la autonomía de los y las estudiantes con discapacidad física en el trabajo escolar. Así mismo, se observaron prácticas inclusivas con aspectos negativos como la exclusión de los y las estudiantes con discapacidad física en el uso de las tecnologías debido al número limitado de equipos informáticos disponibles en las aulas sobrepobladas, al incumplimiento del currículo, a la carente revisión de fuentes electrónicas, a la poca motivación al aprendizaje o al poco uso de las redes sociales. Este estudio tiene relación con el estudio de Mateus, Vallejo, Obando y Fonseca (2017) en el que se encontró una desconexión entre cultura inclusiva (inclusión como derecho, servicio comunitario y expectativas) que es positiva y la práctica inclusiva negativa, evidenciándose en los obstáculos pedagógicos.

En el estudio de López (2011) se indica que los y las estudiantes tienen limitaciones para ingresar al centro educativo por falta de recursos; además la institución no cuenta con los recursos económicos suficientes para obtener tecnologías y adaptaciones en los espacios físicos para la accesibilidad de estudiantes con discapacidad motriz, lo que denota la presencia de políticas inclusivas de aspectos negativos significativamente. También se indica que en las aulas se practican valores, se desarrollan habilidades sociales y se prohíbe la discriminación. De esta forma, el alumnado con discapacidad se siente aceptado y apoyado por sus compañeros sin discapacidad y se demuestra una presencia de cultura inclusiva altamente significativa. Los y las docentes aplican una pedagogía incluyente, realizan exámenes orales y en ocasiones utilizan audios y videos para las clases. Por tanto, en este estudio se observó presencia de práctica inclusiva de aspectos positivos significativos.

Otro estudio de Jaimes (2009) indica que los y las estudiantes con discapacidad física no terminan sus estudios en el tiempo reglamentario y experimentan muchos obstáculos para avanzar. Entre las dificultades, se observa que el profesorado no está

preparado para la inclusión ni para poder apoyar al alumnado con discapacidad física adecuadamente en el proceso educativo. Otra dificultad es la limitación que se produce en el desplazamiento, en el cambio de aulas o para acceder a laboratorios, ya que algunos estudiantes con discapacidad física necesitan ayuda de otra persona. En este estudio se evidencia la presencia de prácticas inclusivas de aspectos negativos altamente significativos.

Obiero (2009) manifiesta que el profesorado que participó en su estudio tuvo una actitud positiva hacia el alumnado con parálisis cerebral y el hecho de que el profesorado estuviera preparado en áreas específicas de la discapacidad influyó en la comprensión de las necesidades educativas del alumnado con discapacidad física. También se reveló que se debe continuar con la política de capacitación continua al profesorado y que existe la necesidad de utilizar materiales adecuados y de fortalecer la interacción de los y las estudiantes con y sin parálisis cerebral.

Matos y Fukuda (2016), por su parte, advirtieron una posición social desfavorable del alumnado con discapacidad física frente a sus compañeros/as sin discapacidad, y observaron que la falta de cohesión del grupo es el obstáculo principal para el proceso de inclusión. Las principales barreras presentes son las actitudinales que, en muchas ocasiones, hacen muy difícil la inclusión educativa. Además, la institución educativa presenta un impacto de mala calidad en las interacciones sociales de los y las estudiantes con y sin discapacidad, de forma que disminuye la calidad educativa.

En conclusión, de la revisión bibliográfica realizada respecto a la inclusión educativa de estudiantes con discapacidad física, se desprende que la mayoría de los estudios demuestran que en los centros educativos no hay presencia de políticas inclusivas, pero si se observan culturas y prácticas inclusivas.

1.3. INTEGRACIÓN DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ EN LA EDUCACIÓN ORDINARIA

Los términos de integración y educación inclusiva se usan en el ámbito escolar y están relacionados con la adaptación de los y las estudiantes con necesidades educativas especiales al sistema educativo ordinario. Con frecuencia se asocia la

integración escolar a igualdad de oportunidades, fundamentado en la práctica de los derechos humanos.

Según Arias, Arraigada, Gavia, Lillo y Yáñez (2005, p.21) “la integración escolar implica una serie de estrategias que permiten la integración entre las diferentes áreas educativas y el currículo regular”. Esta integración, por una parte, hace que el o la docente ajuste metodologías y estrategias para que su intervención sea eficaz; y, por otro lado, permite que el alumnado con necesidades educativas interactúe con los demás, accediendo a los diferentes espacios, minimizando las barreras del aprendizaje y la participación. Además, los autores refieren tres niveles de integración escolar: 1) Integración física, se entiende como una aproximación espacial entre personas con y sin necesidades especiales, utilizando los mismos recursos y medios; 2) Integración funcional, en este nivel los tiempos y la calidad de las interacciones son más intensos; 3) Integración social, se refiere al acercamiento social entre las personas con y sin necesidades especiales, las interacciones son espontáneas y se establecen vínculos afectivos.

El alumnado con discapacidad motriz, en su integración escolar experimenta muchas dificultades que no favorecen su adaptación escolar, tales como: problemas de movilidad, de comunicación y perceptivos; presencia de barreras: físicas, sociales y de prácticas, que dificultan el aprendizaje y la participación. Además se produce una carencia de recursos de apoyos adaptados que tampoco favorecen el desarrollo cognitivo, el desarrollo de su autoestima y el desarrollo socio-afectivo y pueden derivar en problemas psicopatológicos (Vázquez, 2012). Por ello, se requiere de una reestructuración y cambios en las organizaciones educativas y en el sistema en su conjunto, para así ofrecer una adecuada atención educativa a todo el alumnado (Raffo et al., 2009).

En este sentido, cobra importancia la cultura de la diversidad. Este concepto propuesto por López (2006), quiere resaltar que la cultura de la diversidad es el discurso de la legitimidad de la otra persona, es decir, se reconocen la identidad personal y la emancipación de las personas excepcionales.

Buscando responder a las necesidades educativas del alumnado con discapacidad motriz, y en concordancia con el criterio de Ruiz (2009), se consideran principios básicos

los siguientes: plantear objetivos funcionales, apoyarse con materiales adaptados a las necesidades determinadas, establecer ritmos de trabajo apropiados a las posibilidades del alumnado y utilizar estrategias metodológicas que favorezcan su aprendizaje y la participación.

Para potenciar la participación y el aprendizaje del alumnado con discapacidad motora se tienen en consideración aspectos como: a) Preparar el contexto escolar, identificando y reduciendo las barreras que obstruyen la participación y el aprendizaje. Trabajar sobre aspectos relacionados con el ambiente escolar, incluyendo la capacitación del profesorado, el establecimiento de una relación positiva y natural en toda la comunidad educativa, el fomento de conductas de autonomía e independencia del alumnado y el trabajo con el equipo de integración; b) Adecuar el ambiente físico, eliminando barreras arquitectónicas (edificar rampas, nivelar terrenos, ampliar puertas, adecuar baños, adaptar grifos, etc.). El alumnado con discapacidad motora, preferentemente, debe usar las aulas en el primer piso, y el mobiliario y el material de apoyo debe estar adaptado. También es necesario adecuar los servicios higiénicos, lavamanos o espejos para brindar mayor facilidad (Ministerio de Educación de Chile, 2008).

El Ministerio de Educación de Ecuador (2013) describe la integración educativa de la siguiente manera: hace referencia a la normalización e igualdad, propiciando la participación de quienes conforman la comunidad educativa, de manera que el alumnado con discapacidad reciba una educación en igualdad con los que no tienen discapacidad. Por tanto, la propuesta educativa está basada en la homogeneidad, asegurando el derecho de los y las estudiantes tradicionalmente excluidos a educarse en el sistema de educación regular, lo cual se centra en una atención individualizada de cada estudiante que presenta dificultades. En este contexto, la responsabilidad de la educación de los y las estudiantes con necesidades educativas especiales recae en los profesionales de apoyos o especialistas. Es evidente la falta de formación de los y las docentes para atender estudiantes con necesidades educativas especiales asociados a la discapacidad. Sus acciones están basadas en el diagnóstico de cada estudiante, la atención está fundamentada en un currículo individualizado y el estudiante con discapacidad está el mayor tiempo en las aulas de apoyo.

Respecto a la integración educativa, los diferentes estudios se fundamentan en tres variables: 1. La percepción de la inquietud de los y las docentes por tener alumnado con discapacidad; 2. La percepción que tiene el profesorado del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad; y 3. La falta de preparación del profesorado para atender alumnado con discapacidad.

A continuación, se presentan estudios relacionados con la percepción de la inquietud de los y las docentes por tener alumnado con discapacidad. Suriá (2012a) en su investigación reportó que los y las profesores expresan que la presencia de alumnado con discapacidad en las aulas genera algo de inquietud según la experiencia, el género y el ciclo formativo. Más concretamente, las mujeres y el grupo de profesores de mayor edad son las que mayor inquietud perciben. En otro estudio, realizado por Álvarez, Castro, Campo y Álvarez (2005) donde examinaron las actitudes hacia la inclusión de alumnado con discapacidad, los resultados mostraron una actitud positiva de los y las docentes hacia la integración del alumnado con discapacidad, y destacaron que ésta no funciona de forma óptima por la carencia de recursos y estrategias adecuadas.

Siguiendo la misma línea, Doménech (2004) estudió la actitud docente hacia el alumnado con discapacidad, en centros educativos públicos y privados, de niveles infantiles, primarios y secundarios. Los resultados reportaron una actitud negativa en los maestros y maestras de educación secundaria en los aspectos de: responsabilidad, rendimiento, formación y clima del aula. En otro estudio realizado por Alemany y Villuendas (2004), todo el profesorado manifestó que la integración en esencia es buena idea, pero que en su práctica diaria encuentran muchas dificultades. En función del sexo, se concluyó que los varones manifiestan actitudes más favorables que las mujeres hacia la integración educativa. Chiner (2011), por su parte, observó que el profesorado presenta actitudes distintas frente al alumnado con discapacidad física, mostrando frustración, indiferencia, preocupación y rechazo en función del tipo y gravedad de la discapacidad.

Fernández, Alonzo, y Brigas (2017) afirman que el profesorado que tiene en sus aulas alumnado con discapacidad, manifiesta que perciben incomodidad por su presencia. Según el sexo, los hombres perciben más malestar que las mujeres. Otro estudio realizado por Mesa (2014) refiere que el profesorado muestra una actitud

mayoritariamente neutral, seguido de un grupo significativo que muestra una actitud desfavorable por tener alumnado con discapacidad en su aula. Según el sexo, las mujeres presentan una actitud más desfavorable que los hombres. Con respecto a los años de servicio, los que tienen más de 10 años de docencia presentan una actitud neutral. Respecto a los que tienen menos de 10 años de docencia, el 50 % del profesorado muestra una actitud favorable frente al alumnado con discapacidad y el otro 50% muestra una actitud desfavorable.

Por su parte, Pegalajar y Colmenero (2017) manifiestan haber encontrado en su investigación que el 32,3% de los participantes consideran que su actitud hacia la inclusión de alumnado con necesidades ha sido favorable, frente a un 24,3% que se muestra en desacuerdo. Las mujeres muestran actitudes más positivas que los hombres. De igual manera, el grupo más joven se siente más preparado que los grupos de mayor edad. En esta línea, el estudio de Avramidis y Norwih (2002) revela que las y los profesores muestran actitudes más positivas frente al alumnado con discapacidades físicas y sensoriales, que aquellos que presentan otras discapacidades. Nava (2012) en su estudio indicó que un alto porcentaje de las y los estudiantes con discapacidad motriz percibe que nunca ha sentido discriminación por ningún profesor o profesora; y que las variables sexo y edad no condicionan el nivel de integración.

Seguidamente se presentarán investigaciones que hacen referencia a la percepción que tiene el profesorado del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad. Así, Suriá (2012a) rebela que los y las docentes perciben actitudes favorables por parte del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad, y que es el sexo femenino y el grupo de profesores más jóvenes los que más actitudes favorables perciben. Esto concuerda con la investigación de Fernández et al., (2017) que indicaron que el profesorado no percibe actitudes desfavorables por parte de su alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad. Mientras que Nava (2012) encontró que la mayoría de las y los estudiantes que tienen discapacidad han percibido discriminación por parte de sus compañeros y compañeras sin discapacidad.

En relación a los estudios concernientes a la falta de preparación para atender alumnado con discapacidad, Ávila y Martínez (2013) en su investigación afirman, que la falta de experiencia y el temor de los y las docentes frente a la discapacidad está

asociada a la escasa o nula preparación en el tema discapacidad. Esto se relaciona con lo planteado por Cabrera (2008), en el sentido de que se observa una carencia de formación de los y las docentes en la atención del alumnado con discapacidad, siendo, además, la causa de las actitudes negativas hacia la inclusión educativa.

Por otro lado, Suriá (2012a) plantea que la percepción de los y las docentes sobre su formación acerca de inclusión educativa les preocupa y afecta a su práctica docente. Además afirma que los más jóvenes manifiestan estar más preparados para atender a estudiantes con discapacidad física que el profesorado de mayor edad. En cuanto al sexo, son las mujeres las que tienen mayor preparación. En este contexto, Fernández et al., (2017) en su estudio indican que el profesorado percibe no tener mucho apoyo sobre capacitación por parte del centro educativo. El grupo de profesores más jóvenes muestra tener mejor formación respecto a la atención de la discapacidad, que el resto de grupos con mayor edad. En lo referente a la organización del centro educativo, se observa que el profesorado no se encuentra asesorado por los respectivos servicios de orientación.

Otro estudio (Pegalajar y Colmenero, 2017) revela que los y las docentes se sienten insatisfechos con la formación inicial recibida sobre educación inclusiva, un 81,2% de los y las docentes se muestra a favor de recurrir a profesionales especialistas para temas relacionados con la formación y el asesoramiento sobre educación inclusiva. Un porcentaje más reducido del profesorado (24,2%), considera insuficientes los conocimientos sobre educación inclusiva recibidos a lo largo de su proceso de formación y sólo un 8,2% de los encuestados cree que la formación es adecuada para trabajar en el aula ordinaria con alumnado con discapacidad. Asimismo, el 20% realizó algún tipo de actividad práctica vinculada al ámbito de la atención a la diversidad durante su formación docente. En función del sexo, las mujeres se muestran más dispuestas que los varones a considerar el deber de la escuela de atender a todo el alumnado.

Por su parte, Mancilla (2011) en su estudio, sostiene que la formación universitaria y las capacitaciones posteriores de los y las docentes, no son suficientes para abordar la discapacidad en el aula. El profesorado no está lo suficiente preparado y esta situación les genera tensión e incluso les lleva a sentir irresponsabilidad profesional frente a la discapacidad del alumnado. Asimismo, sienten que presentan deficiencias en el manejo técnico diferencial tanto a nivel de metodologías y estrategias pedagógicas, como a nivel

de los procesos e instrumentos de evaluación. Además, afirman tener escaso conocimiento del tema de discapacidad, sobre todo en el traslado y en la comunicación. El profesorado que está más capacitado, muestra una actitud más positiva ante el alumnado con discapacidad, frente a los que presentan una formación más deficitaria en la atención a la discapacidad (Avramidis, Bayliss y Burden 2000).

Nava (2012) indica que el nivel de preparación del profesorado influye directamente en su relación con el alumnado con discapacidad. Cuanta mayor preparación tiene, más flexible es con el alumnado con discapacidad; por ejemplo, en la recepción de exámenes, le conceden más tiempo para su realización, siempre considerando su ritmo de aprendizaje.

Cruz, Cruz, Vargas, Salazar, Manzo, y Salazar (2010) en su estudio demuestran que el profesorado de educación física muestra una actitud tradicionalista en las clases con estudiantes que tiene discapacidad, es decir, no los integran, no los motivan, no muestran flexibilidad, tienen poca creatividad, no tienen recursos materiales y estrategias para atender a estudiantes con discapacidad motriz, muestran carencias en el manejo del grupo y pierden el control con facilidad. De estos datos se infiere un nivel muy bajo de formación en inclusión educativa. Por su parte, Padilla (2011) refiere que los hombres se sienten más capacitados para educar a los y las escolares con discapacidad física y sensorial. En relación a la edad, los y las docentes más jóvenes manifiestan estar más preparadas para educar a este alumnado.

En conclusión, a través de la búsqueda bibliográfica realizada respecto a la integración de estudiantes con discapacidad motriz, se desprende que la mayoría de los estudios indican que los y las docentes tienen inquietud respecto a la presencia de alumnado con discapacidad en el aula. Al profesorado le incomoda esta situación, y le produce altos niveles de impaciencia, nerviosismo o ansiedad. También se observa la actitud que presenta el profesorado, es decir la voluntad o disposición que posee para atender al alumnado con discapacidad, y ésta, en muchas ocasiones, se expresa de manera negativa, aunque en algunos estudios también se muestran actitudes más positivas. En función del sexo, los hombres muestran menos incomodidad por la presencia de alumnado con discapacidad motriz en el aula, aunque los resultados de los estudios son contradictorios. En función a la edad, se observa que el profesorado de

mayor edad se incomoda más por la presencia de alumnado con discapacidad en el aula. Además, se evidencia que a mayor grado de discapacidad mayor preocupación docente.

Respecto a la dimensión “percepción del profesorado en cuanto a las conductas del alumnado sin discapacidad frente a los que tienen discapacidad”, se encontraron pocos estudios, de los cuales algunos indican que el profesorado percibe actitudes negativas por parte del alumnado sin discapacidad hacia los que tienen discapacidad y otros estudios, sin embargo, perciben actitudes favorables.

En relación a la “preparación de los y las docentes para atender alumnado con discapacidad física”, casi todos los estudios revelan que el profesorado no se encuentra preparado para impartir clases al alumnado con discapacidad física. Referente al sexo, las mujeres parece que están más capacitadas para atender alumnado con discapacidad física. Teniendo en cuenta la edad, el profesorado más joven parece estar más preparado para atender a estos colectivos.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICAS DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICAS DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Larsen y Buss (2005) definen la personalidad como el conjunto de rasgos y mecanismos psicológicos internos de la persona, organizados y relativamente duraderos, que influyen en sus interacciones y en la adaptación a su entorno intrapsíquico, físico y social. La personalidad se expresa en diferentes situaciones interpersonales y estilos experienciales, a través de las actitudes y de las motivaciones. Por su lado, Funder y Fast (2010) describen la personalidad como un prototipo de pensamiento, de emociones y de comportamientos. En esta línea, Larsen y Buss (2005) afirman que la personalidad predice el comportamiento del individuo en diferentes situaciones. Por tanto, la personalidad se puede precisar por características cognitivas, experienciales, biológicas, socio-culturales, contextuales y de ajuste psicológico.

La personalidad, también se puede definir como un conjunto de rasgos perdurables que caracterizan las creencias, los comportamientos, los patrones de pensamientos típicos de una persona y las interacciones interpersonales. El Modelo de los Cinco Factores (FFM, Five - Factor Model, Costa y Mc Crae, 2010) es de gran consenso para la descripción de los rasgos de la teoría de la personalidad y mide los siguientes factores: 1. Factor O: mide apertura a nuevas experiencias. 2. Factor C: hace referencia a la responsabilidad. 3. Factor E: mide la extraversión. 4. Factor A: analiza la amabilidad; y 5. Factor N: examina el neuroticismo. Este modelo es aplicado en distintas áreas de la Psicología, como en el ámbito clínico, el laboral y el educacional. Los rasgos de personalidad son predictivos del rendimiento académico y están asociados a variables con fuerte influencia en el éxito académico, tales como la motivación, la inteligencia y la autoeficacia (Cupani, Garrido y Tavella, 2013).

Rätsep, Kallasmaa, Pulver y Gross (2000) encontraron que las personas que presentan discapacidad y puntúan alto en valores de extraversión podrían desarrollar estrategias funcionales de afrontamiento para adaptarse a los factores estresantes relacionados con sus deficiencias. Ozura, Erdberg, y Segá (2010) indican que varios estudios han informado que personas con discapacidad física mostraban rasgos de

personalidad de tipo evitativo, presentaban mayores niveles de ansiedad y neuroticismo, y menores niveles de empatía, amabilidad y conciencia.

La asociación americana *Rehabilitation In Multiple Sclerosis* (2006) menciona que la personalidad de los sujetos con discapacidad física se ve influenciada por causas de orden psicológico, tales como, sentimientos de tristeza, irritabilidad o menor capacidad de concentración. Según esta asociación, la discapacidad también puede afectar a la claridad de pensamiento, volviéndolo a estas personas delirantes o incoherentes, y es común que presenten fatiga y trastornos del sueño. Además, son personas que utilizan la negación como una forma de hacer frente a los cambios que experimentan.

La autoconfianza, la autoestima, la seguridad, la capacidad de compartir y amar o las habilidades intelectuales y sociales tienen su fundamento en las experiencias de los primeros años de vida en el entorno familiar. Su adecuado progreso está determinado por un ambiente familiar en el que haya cariño, respeto, confianza y estabilidad; que permita a la persona desarrollarse psíquicamente de forma sana y segura de sí misma y que le admita relacionarse con los demás, manifestando una actitud positiva y constructiva hacia la sociedad (Unicef, 2004).

La Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE, 2014) plantea que las personas que se enfrentan a una discapacidad, sufren un fuerte impacto emocional y les toca aceptar o adaptarse a esa situación tan compleja. Esto implica ajustarse a un nuevo estilo de vida, distinto a lo que estaban acostumbradas, y desarrollar habilidades por sus propios medios para enfrentarse a las adversidades, lo que les hace ser más resilientes. El miedo, la ansiedad, la tristeza, la depresión, la angustia, la rabia, la ira, la poca empatía, el llanto, el abatimiento, o la desesperanza, entre otras, son las respuestas emocionales que a menudo exteriorizan las personas con discapacidad.

Siguiendo con COCEMFE (2014), la presentación súbita o paulatina de la discapacidad física se presenta como una situación traumática y de crisis en la persona. El afrontamiento depende de los pilares de la personalidad de cada individuo frente a las repercusiones más habituales que vive la persona y se traducen en cambios en las distintas esferas de su vida. Los cambios más significativos son los siguientes:

1. Relaciones familiares: afectan a sus roles, a la comunicación de pareja, a los hábitos sexuales, etc.
2. Cambios emocionales: se presentan sentimientos negativos, sensación de impotencia, malestar, culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza.
3. Laborales: posible abandono del trabajo.
4. Dificultades económicas: se puede producir una disminución de sueldo, con el agravante aumento de egresos relacionado con costosos tratamientos.
5. Disminución de las actividades de ocio: se restringe la vida social, se observa una mayor dificultad en los estudios, o se abandona el trabajo.
6. Inadaptaciones: se enfrentan a la desesperación, a la manipulación, y se producen crisis de llanto y angustia.

Todos estos cambios se asocian a las presiones internas que sufren las personas con discapacidad y que limitan su adaptación a la nueva vida. Además, se puede producir un rechazo a los tratamientos, a las ayudas técnicas, un sentimiento de vergüenza, temor de hacer el ridículo, a no ser aceptado y a recibir la compasión de los demás.

Jabeen, Kazmi, Rehman y Ahmed (2016) en su estudio compararon la personalidad de estudiantes con discapacidad física y sin discapacidad y los resultados globales indicaron que, el alumnado sin discapacidad mostró medias superiores a las medias que presentaba el alumnado con discapacidad, es decir, las personas con discapacidad mostraron mayores alteraciones en los rasgos de personalidad. Estos datos se ratificaban en las diferentes dimensiones de la escala mostrando que el alumnado con discapacidad presentaba niveles más altos en extraversión, amabilidad, conciencia, estabilidad emocional y apertura a la experiencia. Los investigadores determinaron que el alumnado con discapacidad tenía mayor incompetencia interpersonal, una autoidentidad pobre, baja autoestima, poca capacidad para tomar decisiones y a menudo presentaba ansiedad e identidad cambiante.

Sorin et al. (2014), por su parte, indicaron que el 50,8% de las personas con discapacidad física presentaron depresión moderada y severa, y el 49,2% no presentaron depresión. No se observaron diferencias significativas entre las personas con y sin

discapacidad física respecto al rasgo de personalidad extraversión. En la dimensión estabilidad emocional la diferencia también fue poco significativa, observándose menor estabilidad en el grupo sin discapacidad. En las dimensiones amabilidad, apertura y nivel de conciencia se observaron diferencias significativas entre los grupos presentándose mayores dificultades en las personas que tenían discapacidad. Además, en los individuos con discapacidad física, los resultados mostraron una relación significativa entre el estado de ánimo-ansiedad y rasgos de personalidad: los que presentaron mayor ansiedad y depresión exhibieron mayor neuroticismo y menor extroversión, amabilidad y responsabilidad que los grupos de control.

Uca et al. (2016) observaron que no se presentaron diferencias significativas en trastornos de personalidad en cuanto a sexo y edad entre los grupos de personas con discapacidad física y los grupos sin discapacidad. El 60% del grupo con discapacidad presentó al menos un trastorno de estado de ánimo o ansiedad, de los cuales el 40% refirieron trastornos del estado de ánimo y el 38% trastornos de ansiedad. Entre los trastornos psiquiátricos, el 35% presentó depresión y trastornos de ansiedad generalizada, con diferencias significativas entre el grupo sin discapacidad y el grupo con discapacidad, siendo estos últimos los que presentaron mayores trastornos. Además se encontró que el grupo con discapacidad presentó trastornos de la personalidad en un 46% y en el grupo sin discapacidad en un 14%, evidenciándose una diferencia altamente significativa. Los trastornos más frecuentes fueron los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastorno de personalidad por evitación, siendo éstos más frecuentes en el grupo con discapacidad que en el grupo sin discapacidad.

Mirzaei et al. (2012) mencionan que en su estudio las puntuaciones más altas se presentaron en las escalas que corresponden a síntomas esquizoides, dramático, agresivo-abusivo, forzado, paranoico, ansioso, trastorno de somatización, distímico y desorden delirante en las personas que presentan discapacidad. Tanto en los trastornos de personalidad como en los síndromes clínicos, el grupo con discapacidad presentó puntuaciones más altas que el grupo sin discapacidad. Además, en el grupo de personas con discapacidad, las mujeres puntuaron alto en las escalas de trastorno dramático, antisocial, agresivos-abusivo, somatización y dependencia del alcohol, mientras que los

hombres tuvieron altas puntuaciones en conductas antisociales, agresivo-abusivo y dependencia del alcohol.

Aunque el concepto de factores psicosociales es amplio y puede abarcar diversos y distintos conceptos, de forma general, se refiere a la interacción que se produce entre un individuo y su ambiente social, laboral/educativo y familiar. De acuerdo a la investigación de Botero y Londoño (2013) sobre evaluación de los factores psicosociales en personas con discapacidad física para valorar su calidad de vida, se determinó que la valoración subjetiva que hacen sobre sus condiciones de vida, y la interacción entre sus recursos, competencias y estado funcional del cuerpo con las condiciones que les ofrecen el contexto familiar, social y comunitario, determinan su ajuste y el bienestar percibido. Estas interacciones también influyen en el comportamiento del individuo, en los niveles de estrés, en las actitudes y creencias con respecto al bienestar y pueden afectar positivamente a la evolución y a los resultados de las diferentes intervenciones (Botero y Londoño, 2013).

El apoyo social o la “ayuda percibida” es un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales (Heller y Swindle, 1983). Por otro lado, Lin (1989, p.385) define el apoyo social como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos”, considerando tanto la parte objetiva (real) y subjetiva (percibida) que hacen las personas de sus recursos sociales. Según Barra (2004) el apoyo social cumple diversas funciones: 1) Función emocional, que está relacionada con el bienestar, el cuidado y la confianza íntima; 2) Función informativa, que implica la recepción de consejos y guías; y 3) Función instrumental, relacionada con la excedencia directa de ayuda en forma de servicios o recursos.

El apoyo social tiene un impacto importante en la salud y el bienestar de todos los individuos, así como en personas con enfermedades graves como la depresión, artrosis o cáncer (Londoño et al., 2012). Barra (2004), Suria (2012) y González, Astudillo, y Hurtado (2012) resaltan el alcance del apoyo social en personas con discapacidad física, indicando que el apoyo social que la persona recibe es un factor esencial para enfrentar cualquier obstáculo que puede derivar de una discapacidad y lograr, así, un buen ajuste psicológico para enfrentar las adversidades. Barra (2004) señala que el nivel del

funcionamiento fisiológico y el apoyo social percibido influye de forma directa en la salud, por esta razón es un valioso recurso de afrontamiento para el estrés y protege contra sus efectos negativos. El apoyo social hace que las personas aumenten sus conductas sanas y les ayude a sobrellevar enfermedades crónicas. González et al. (2012) refieren que el nivel de autoestima de las personas con discapacidad que perciben un mayor apoyo social es mayor y se convierte en un factor de protección para hacer frente a situaciones de riesgo o peligro, que podrían surgir en la cotidianidad.

Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y bienestar físico y psicológico en personas con discapacidad, existe cada vez mayor interés en incorporar estos conceptos dentro del ámbito escolar, específicamente para mejorar la integración e inclusión educativa de las personas con discapacidad. Se estima que todavía persisten las barreras físicas y culturales que limitan el pleno desarrollo académico y social de los jóvenes con discapacidad física. Por tanto, hay que seguir llevando a cabo políticas, culturas y prácticas inclusivas que ayuden a superar esas barreras.

Con la finalidad de identificar variables psicosociales, de personalidad y psicopatológicos en el alumnado con discapacidad motriz, se ha realizado una revisión de los estudios previos llevados a cabo en relación a las variables objeto de estudio: autoestima, empatía, conducta social, resiliencia, afrontamiento del estrés, bullying, apoyo social percibido y síntomas psicopatológicos. Producto de esta revisión se han elaborado varias tablas que incluyen los estudios identificados con información sobre diversos parámetros de los mismos (ámbito geográfico, muestra, edad, objetivos del estudio, instrumentos de evaluación y resultados), y se realiza un síntesis de los hallazgos encontrados.

2.1. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y AUTOESTIMA

Con esta variable se pretende estudiar el sentimiento de satisfacción y respeto que tienen los y las estudiantes de sí mismos; el éxito o el fracaso social del alumnado con discapacidad motriz y la relación con el proceso de adaptación en el sistema educativo ordinario (Rosenberg, 1965).

Tabla 1. Conexión entre Discapacidad Motriz y Autoestima: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Gómez y Jiménez (2018)	España N= 100 (7-12 años) 50 personas con discapacidad física (75 hombres y 120 mujeres) y 50 personas sin discapacidad	Analizar las diferencias o similitudes entre las personas con discapacidad y sin discapacidad en el ámbito de la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> • La autoestima de las personas con discapacidad física se ve disminuida por la baja percepción del control independiente. • Las mujeres y hombres con discapacidad presentan menor autoestima que las personas sin discapacidad. • El 29% de las personas con discapacidad presentan una autoestima elevada frente al 41% de los que no tienen discapacidad.
Nemček (2017)	Eslovaquia N= 186 (15-60 años) personas con discapacidad física (94 hombres y 92 mujeres)	Determinar el estado de autoestima en personas con discapacidades físicas y comparar puntuaciones de autoestima entre individuos activos e inactivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de personas con discapacidad física inactiva presentaron baja autoestima indicando que se sienten inútiles, que quisieran tener respeto por sí mismos y no se sienten buenas personas. • El grupo de personas con discapacidad física activa indicaron significativamente alta autoestima, manifestando que son personas de valor, actitud positiva hacia ellos, que están muy orgullosos de sí mismos y que tienen buenas cualidades.
Villaseñor 2017	México N= 67(8-15 años) niños con discapacidad auditiva y motriz	Determinar el grado de relación que existe entre la resiliencia y la autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Resiliencia (González, 2011). • Cuestionario de Autoestima (González, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de niños y niñas con discapacidad motriz tenían mayor resiliencia, autoestima y empatía que los que presentan discapacidad auditiva. • Referente al sexo, los hombres eran más resilientes, presentaban mejores puntuaciones en el factor interno, factor externo y empatía. Las mujeres presentaban mayor autoestima, menor fracaso escolar y mejor nivel afectivo emocional. • Los niños con discapacidad cuando acudían a una escuela

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Mushtaq y Akhourri (2016)	India N=100 50 personas con discapacidad física y 50 personas sin discapacidad	Investigar la autoestima, ansiedad, estrés y depresión en personas con discapacidad física. Investigar factores estresantes psicológicos, la salud mental y la autoimagen de las personas con discapacidades físicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). 	<p>presentaban mayor resiliencia y mayor autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferencias significativas entre personas con discapacidad física y sin discapacidad en nivel de depresión, ansiedad, estrés y autoestima. • Las personas con discapacidad reportaron una autoestima de 10,2, la cual fue inferior a las personas sin discapacidad que reportaron una puntuaciones de 17,7. • Existe una correlación positiva entre el bajo nivel de autoestima y el alto nivel de ansiedad, depresión y estrés. • El estrés conduce a bajos niveles de autoestima.
Sait (2015)	India y Estados Unidos de América. N= 60 (12-25 años) personas con discapacidad física. 30 de India y 30 de Estados Unidos.	Investigar la autoestima y la calidad de vida entre personas con parálisis cerebral espástica leve (tetraplejia / hemiplejia / diplejia).	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> • El tipo de parálisis cerebral tiene un efecto sobre la autoestima, pero no la calidad de vida. • Los investigados de la India muestran puntuaciones más altas de autoestima en comparación con Estados Unidos. • No se encontraron diferencias significativas entre la autoestima y la calidad de vida entre los adolescentes con parálisis cerebral en la India y en Estados Unidos.
Iniesta, Martínez, y Mañas (2014)	España. N=60 (16 – 65 años). Mujeres con diversidad funcional física, y sensorial.	Analizar como se ve afectada la autoestima en las personas con diversidad funcional y que condicionan una situación de ocultamiento e invisibilidad partiendo de la propuesta del modelo de diversidad funcional.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (ad-hoc). 	<ul style="list-style-type: none"> • El 53,06% de las participantes presentaba una autoestima positiva.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Sveltana, Odovic, y Bojan (2012)	Serbia. N= 83 personas (23-43 años), 33 con discapacidad física y 50 sin discapacidad (28 hombres y 55 mujeres).	Establecer si existe conexión entre la parálisis cerebral y los dos componentes del autoconcepto: la autoestima y la evaluación social.	<ul style="list-style-type: none"> Subscale of the Global self-esteem (Opacić, 1995). 	<ul style="list-style-type: none"> Diferencias significativas entre participantes con parálisis cerebral y participantes que no tienen discapacidad respecto a la autoestima, siendo más baja en el grupo con discapacidad física. Las personas con parálisis cerebral tienen más dudas respecto a sus logros y bajo nivel de eficacia en resolución de problemas. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en la escala de evaluación social. El grupo con parálisis cerebral pensaba que tiene menos calidad de vida, opina que otras personas confían menos en ellos, tiene una duda más pronunciada sobre el éxito en la vida y la creencia de que los demás son más capaces.
Mohammad y Tavakko (2010)	Irán. N= 40 (15-18 años). 20 estudiantes con discapacidad física y 20 estudiantes sin discapacidad (20 hombres y 20 mujeres).	Comparar la autoestima y el autoconcepto de y las estudiantes con discapacidad y sin discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Self-esteem questionnaire (Coppersmith, 1967). 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados mostraron que el alumnado con discapacidad física puntuaba más bajo en autoestima y el grupo sin discapacidad presentaba puntuaciones más altas en autoconcepto. Se observaron diferencias significativas de sexo en autoestima y autoconcepto, siendo las mujeres las que obtuvieron puntuaciones más bajas.
Janeen, Rajesh, Camacho, Paterson, y Koman (2003)	New York. N= 50 (9-18 años), estudiantes con discapacidad física (26 hombres y 26 mujeres)	Explorar la autoestima en preadolescentes y adolescentes con parálisis cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> Escala de autoestima (Rosenberg, 1995). 	<ul style="list-style-type: none"> 70% de los y las adolescentes presentaron autoestima alta. Los chicos tenían puntuaciones más altas en autoestima respecto a las chicas.
Pérez y Garaigordobil (2007)	España. N=165 (19-40), 128 sin discapacidad (74	<ul style="list-style-type: none"> Analizar el autoconcepto, la autoestima y diversos 	<ul style="list-style-type: none"> LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto (Garaigordobil, 	<ul style="list-style-type: none"> No hubo diferencias significativas ni en autoconcepto, ni en la autoestima en personas con y sin discapacidad motriz, tampoco se encontraron diferencias de género.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
	<p>hombres y 54 mujeres) y 37 con discapacidad motriz. (21 hombres y 16 mujeres)</p>	<p>síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto la autoestima y síntomas psicopatológicos en ambas muestras. • Estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en los participantes con y sin discapacidad motriz . 	<p>2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). • SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observaron correlaciones significativas inversas del autoconcepto y la autoestima con el total de síntomas psicopatológicos en los participantes con y sin discapacidad motriz.

El análisis de los estudios realizados respecto a la variable autoestima muestra que únicamente el 50% de estas investigaciones han realizado comparaciones entre estudiantes con y sin discapacidad motriz. La mayoría de los estudios evidencian baja autoestima en las personas con discapacidad física. En lo referente al sexo, los datos son contradictorios, ya que algunos estudios afirman que no existen diferencias, otros muestran que los hombres tienen mayor autoestima que las mujeres, y en otros estudios se afirma lo contrario. Algunos estudios también encontraron que a mayor actividad más autoestima en las personas con discapacidad y que el tipo de parálisis cerebral influye en tener mayor o menor autoestima.

2.2. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y EMPATÍA

Se analiza esta variable para conocer las relaciones interpersonales del alumnado con discapacidad motriz, entre sus iguales y con el profesorado. Holmgren, Eisenberg, y Fabes (1998) refieren que la empatía es la reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir.

Tabla 2. Conexión entre Discapacidad Motriz y Empatía: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Villaseñor (2017)	México. N= 67(8-15 años) niños con discapacidad auditiva y motriz	Determinar el grado de relación entre resiliencia y autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Resiliencia (González, 2011). • Cuestionario de Autoestima (González, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de niños y niñas con discapacidad motriz tenían mayor empatía que los que presentaban discapacidad auditiva. • Referente al sexo, los hombres presentaban mejores puntuaciones en empatía.
Pérez (2012)	México. N= 23 (17 alumnos con discapacidad y 6 profesionales relacionados con la discapacidad)	Identificar los posibles sentimientos que experimenta una persona con alguna discapacidad auditiva, visual o motriz.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (ad-hoc). 	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio mostró que el 91,3% presentaba sentimientos empáticos de signo negativo y el 8,7% de signo positivo.
Ozura, Erdberg, y Sega (2010)	Eslovenia. N=51 con discapacidad física (13 hombres y 38 mujeres)	Explorar las características de personalidad en una muestra de pacientes con EM.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de Rorschach (Rorschach , 1921). 	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con discapacidad física mostraron rasgos de personalidad de tipo evitativo, mayores niveles de ansiedad y neuroticismo, y menores niveles de empatía, amabilidad y conciencia.

En conclusión, en la revisión se encontraron pocos estudios que analicen esta variable, de los cuales casi todos muestran que las personas con discapacidad presentan puntuaciones bajas en empatía.

2.3. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y CONDUCTA SOCIAL

Con esta variable se examina el autocontrol en las relaciones sociales, en las formas de comportarse y en las consideraciones con los iguales. Se evalúa la presencia de variables como ansiedad social, timidez y liderazgo en alumnado con discapacidad motriz, y si éstos afectan o favorecen la adaptación en los centros educativos (Silva y Martorell, 2001).

Tabla 3. Conexión entre Discapacidad Motriz y Conducta Social: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Hendi, Hermati, Adibsereshki, Teymouri, y Hosseinzadeh (2018)	Irán. N= 247 (7-12 años) estudiantes con discapacidad física (139 hombres y 108 mujeres)	Comparar los problemas de comportamiento y las habilidades en estudiantes con una discapacidad física / motora de 7-12 años de edad en escuelas regulares y especiales.	<ul style="list-style-type: none"> Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> Se observaron diferencias significativas según el sexo, en atención, déficit/hiperactividad, síntomas emocionales y problemas del comportamiento, siendo estos síntomas más frecuentes en estudiantes femeninas. Los estudiantes varones de los diferentes grupos de edad de la escuela convencional y especial, no mostraron diferencias significativas en las variables de comportamiento. El alumnado con discapacidad física de las escuelas regulares diferían significativamente de los que estudiaban en escuelas especiales en relación a problemas de conducta, puntuando más alto el alumnado de escuelas especiales.
Siria (2017b)	España. N=114 (20 – 35 años) jóvenes con discapacidad motora (53 hombres y 61 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la conducta prosocial de jóvenes usuarios de los grupos de apoyo online en función del nivel de participación en estos espacios virtuales. Examinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta prosocial en función del sexo, 	<ul style="list-style-type: none"> PSA. Escala para la Medición de la Conducta Prosocial en Adultos (Caprara, Steca, Zelli y Capanna, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> Diferencias estadísticas significativas en función del sexo, las Puntuaciones medias en la escala global, en los factores relativos al altruismo y al apoyo. Las mujeres puntuaron significativamente más que los varones en todas las dimensiones de la conducta social. Se observaron diferencias significativas en edad en la escala global de conducta social. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en conducta social, en función del grado de discapacidad. Nivel elevado de conducta prosocial en los dos grupos de apoyo dirigidos a los jóvenes con discapacidad.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Pinat (2016)	Argentina. N=20 niños con parálisis cerebral (6 - 15 años)	edad y grado de severidad de discapacidad. Analizar el nivel de habilidades socioemocionales en el alumnado del Área Educativa diagnosticados con parálisis cerebral en función del género	<ul style="list-style-type: none"> • Escala observacional de habilidades socioemocionales (ad-hoc). 	<ul style="list-style-type: none"> • No se observaron diferencias en habilidades sociales según el sexo.
Jorajuna (2013)	España. N=13 (Alumnado de primero a quinto grado). Jóvenes con discapacidad motora (6 hombres y 7 mujeres)	Estudiar y analizar cómo es la integración del alumnado con discapacidad motora en los centros escolares ordinarios, prestando especial atención a las relaciones sociales con sus compañeros sin discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios dirigidos al alumnado con y sin discapacidad motora, profesorado y familiares del alumnado (ad-hoc). 	<ul style="list-style-type: none"> • El alumnado con discapacidad motora no está integrado socialmente en los centros escolares y cuanto más edad tiene menor es la aceptación de sus compañeros sin discapacidad. • El alumnado sin discapacidad expresa que le parece bien que en los centros escolares donde estudian se escolaricen niños y niñas con discapacidad; creen que la diversidad les enriquece. • El alumnado sin discapacidad manifiesta que no se relacionan ni comparten momentos y juegos en los recreos. • Se observa que los y las estudiantes con discapacidad se encuentran solos en los recreos y fiestas, son objetos de burlas, risas e insultos siendo discriminados por tener discapacidad, existiendo contradicciones en el alumnado sin discapacidad entre la teoría y el modo de actuar. • Los compañeros que comparten juegos en el recreo son compañeros de sus mismas condiciones. • En Secundaria hay menos actitud de respeto hacia los

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Suriá (2012b)	España N=68 (18 - 35 años) jóvenes con discapacidad motora (39 hombres y 29 mujeres)	Examinar la opinión que tienen los y las jóvenes con discapacidad motora sobre las relaciones de amistad que mantienen a través de las redes <i>online</i> , así como la percepción sobre éstas para mejorar sus habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (ad-hoc). 	<p>compañeros con discapacidad y por lo tanto es donde hay más actitud de rechazo y están menos integrados en el aula.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se relacionan con sus compañeros/as sin discapacidad fuera del centro. • Se encontraron diferencias significativas según el sexo y la edad en la utilización de redes sociales, siendo las mujeres las que más han desarrollado esas habilidades sociales. • El 50% de los y las participantes entraba en las redes sociales varias veces al día, dedicando de 2 a 4 horas a estos espacios por amistad. • El 41,18% de los y las participantes mejoró la calidad de las relaciones sociales a través de las redes <i>online</i>. • Desde que entraron en estos espacios han aumentado el número de amistades.

Del análisis de estos estudios se puede concluir que la mayoría de los y las estudiantes con discapacidad motriz presentan pocas habilidades sociales. Teniendo en consideración el sexo, los estudios también muestran resultados contradictorios, aunque cuando las relaciones sociales son a través de redes sociales, las mujeres presentan menos problemas. En cuanto a la edad, el alumnado que tiene más años presenta mayores problemas de habilidades sociales con respecto a los y las compañeras sin discapacidad.

2.4. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Esta variable estudia la capacidad que tienen los y las adolescentes con discapacidad motriz de percibir apoyo social por parte de quienes están en su entorno. De igual manera, se trata de comprender si la adaptación en el colegio está relacionada con situaciones elevadas de apoyo social o si éste es insuficiente (Londoño et al., 2012). Lin, Dean y Ensel (1981) afirman que el apoyo social podría definirse como la ayuda a la que un sujeto puede acceder a través de los lazos sociales con otros sujetos, grupos y comunidad global.

Tabla 4. Conexión entre Discapacidad Motriz y Apoyo Social: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Suriá (2017b)	España. N=116 (20 - 35 años) jóvenes con discapacidad motora (54 hombres y 62 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> Conocer el perfil de uso de los jóvenes con discapacidad que utilizan las redes sociales online en busca de apoyo. Averiguar el grado de apoyo social que percibe en sus redes sociales <i>online</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de apoyo social percibido (Ramirez, Hernández y Rodríguez, 2013; versión adaptada del cuestionario MOS Social Support Survey de Sherbourne y Stewart, 1991). 	<ul style="list-style-type: none"> Los y las jóvenes con mayor grado de discapacidad motora perciben mayor apoyo social por medio de las redes sociales. El 54,3% ingresa a las redes sociales <i>online</i> varias veces al día, mientras que el 34,5% ingresa al menos 1 y 2 horas al día. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en función de la edad, del grado de severidad de la discapacidad, ni de la etapa en la que la adquirieron. Los participantes hombres con discapacidad motora presentaron puntuaciones medias más elevadas de apoyo social.
Marques et al. (2015)	Brasil. N= 120 (18 años en adelante) personas con discapacidad física (54 hombres y 66 mujeres)	Identificar la formación de redes de apoyo social de personas con discapacidades físicas y cómo estas redes pueden ayudar a facilitar el acceso a los servicios de salud y promover la inclusión social.	Cuestionario ad (hoc).	<ul style="list-style-type: none"> Se observó que las redes de apoyo de estos individuos son miembros de la familia (padres, hermanos, hijos, cónyuges) y personas fuera de la familia (amigos/as y vecinos/as). El 50% de los y las entrevistadas declararon que no contaban con ningún tipo de apoyo externo. El 71,7% manifestó que ha tenido dificultades en la participación social. El 20,3% participó en algún grupo social, mientras que el 96% participaban en eventos religiosos. Entre los que no participaban en grupos, el 37,5% mostró deseo de participar en uno, siendo la dificultad de movilidad física la causa por la que no participaban.
González, Astudillo, y Hurtado (2012)	Colombia. N=30 (18 - 83 años) personas con	Evaluar la salud mental positiva y el apoyo social y percibido en 30 sujetos	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de salud mental positiva (Lluch, 1999) Cuestionario MOS de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> El apoyo social percibido fue satisfactorio, los participantes indicaron que reciben recursos para los tratamientos. La construcción social percibida es efectiva y tienen una

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Singh, Sharma, Chandra, Nigam, y Punit (2011)	discapacidad física (15 hombres y 15 mujeres)	con discapacidad física, adscritos a una asociación en el municipio de Tulúa (Colombia). <ul style="list-style-type: none"> • Estudiar las características bio-sociales de los y las estudiantes con discapacidad física. • Estudiar el perfil de apoyo social en estudiantes con discapacidad física. 	social (Sherbourne y Stewart, 1991). <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario ad (hoc). 	<p>mejor calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referente al sexo, las mujeres puntuaron alto en apoyo emocional y en interacción social positiva, mientras que los hombres mostraron altas puntuaciones en apoyo instrumental y apoyo afectivo. • El 90,95% de los y las participantes recibían apoyo comunitario. • El 87,14% recibía apoyo de conocidos y amigos: el 79,36% de los padres; el 87,14% de los hermanos y el 88,57 % de las familias en general.
Colver et al. (2010)	Europa. N= 818 (8-12 años) estudiantes con discapacidad física	Explorar si se respetó la convección de la ONU para los niños con discapacidad en Europa, sobre "los derechos de las personas con discapacidad que requieren que los estados garanticen el acceso en igualdad de condiciones con los demás al entorno físico, transporte, información y comunicación".	<ul style="list-style-type: none"> • European Child Environment Questionnaire (ECEQ). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños y niñas con mayor capacidad de caminar tenían menos acceso al entorno físico, transporte y apoyo social que otros niños y niñas. • Se observó que experimentaban actitudes menos favorables de familiares y amigos o amigas. • Las actitudes de profesores y terapeutas fueron similares en todos los tipos de discapacidad.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Sylla, Lindsay, Joyce, Ciol, y Jensen (2006)	Estados Unidos. N= 70 (9-20 años) jóvenes con discapacidad física (42 hombres y 28 mujeres)	Examinar la relación entre el apoyo social percibido y el ajuste psicológico y habilidad funcional en jóvenes con discapacidades físicas.	<ul style="list-style-type: none"> Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988). 	<ul style="list-style-type: none"> Efecto significativo en el soporte social percibido. El soporte familiar contribuye de forma significativamente positiva para la predicción de la salud mental, mientras que el poco soporte de las amistades produce una contribución negativa. Cuanto más joven es la persona con discapacidad (sea leve, moderada o severa), mayor es el soporte percibido de sus amistades.

En el presente análisis de estudios relacionados con la variable apoyo social percibido se concluye que la mayoría de las investigaciones muestran que las personas con discapacidad motriz perciben alto apoyo social. En cuanto al sexo, no existen datos concluyentes. En relación a la edad, algunos estudios afirman que cuanto más joven es la persona con discapacidad, mayor es el soporte familiar que recibe, aunque en otros estudios no se encontraron diferencias.

2.5. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y RESILIENCIA

Esta variable comprende la capacidad o dificultad que tienen los y las jóvenes que presentan discapacidad motriz para afrontar las barreras y desafíos que se les presenten en lo relacionado a la adaptación escolar (Suriá, 2015b). Barudy y Dantagnan (2013, p.56) mencionan que la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de sufrir un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos.

Tabla 5. Conexión entre Discapacidad Motriz y Resiliencia: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Gómez y Jiménez (2018)	España. N= 100 (7-12 años) 50 personas con discapacidad física (75 hombres y 120 mujeres) y 50 personas sin discapacidad	Analizar las diferencias o similitudes entre las personas con discapacidad y sin discapacidad en el ámbito de la inteligencia emocional, la resiliencia y la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> The Resilience Scale (Connor y Davidson, 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> El 43% de las personas con discapacidad presentaba niveles de resiliencia adecuados frente al 46% de los que no tenían discapacidad. Los hombres y mujeres con discapacidad física son más resilientes que los hombres y mujeres sin discapacidad. Niveles adecuados de inteligencia emocional.
Villaseñor (2017)	México. N= 67(8-15 años) niños con discapacidad auditiva y motriz	Determinar el grado de relación que existe entre la resiliencia y la autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz.	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Resiliencia (González, 2011). Cuestionario de Autoestima (González, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> El grupo de niños y niñas con discapacidad motriz tenían mayor resiliencia, autoestima y empatía que los que presentaban discapacidad auditiva. Los hombres son más resilientes, se encuentran mejor en el factor interno, factor externo y empatía; mientras que las mujeres muestran mayor autoestima, menor nivel de fracaso escolar y mejor nivel afectivo emocional. Los niños y niñas con discapacidad poseen mayor resiliencia y autoestima si acuden a la escuela.
Jara y Once (2017)	Ecuador. N=30 (35– 65 años) personas con discapacidad física (16 hombres y 14 mujeres)	Analizar si la resiliencia está relacionada con la percepción de calidad de vida en personas con discapacidad física.	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Whoqol, 1996). Escala Breve sobre Resiliencia (Rodríguez, Alonso y Hernansaiz, 2016). 	<ul style="list-style-type: none"> El 63% de los y las participantes, en general, reportaron niveles medios de resiliencia.
Suriá (2016b)	España. N=114 (18 - 35 años) jóvenes con	Analizar el autoconcepto y la resiliencia en un grupo de jóvenes con	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993) Escala de Autoconcepto Forma 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel elevado de resiliencia entre los y las participantes en función del tipo y niveles elevados de discapacidad motora. No se encontraron diferencias significativas según la

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
	discapacidad motora, intelectual, visual y auditiva (53 hombres y 61 mujeres)	discapacidad según la tipología y grado de discapacidad.	5 (García y Musitu, 1999).	tipología, ni el grado de severidad de la discapacidad.
Suriá (2016a)	España. N=98 (20– 50 años) personas con discapacidad motora, intelectual, visual y auditiva (48 hombres y 50 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> Analizar el bienestar subjetivo y la resiliencia en personas con discapacidad. Identificar si existen combinaciones entre las dimensiones que conforman la resiliencia que den lugar a diferentes perfiles resilientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de resiliencia (Wagnild y Young, 1993). Escala de Bienestar Subjetivo (Ryff, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> Se observó un nivel elevado de resiliencia en personas con discapacidad visual y motora. Según la tipología de la discapacidad se obtienen puntuaciones medias más elevadas de resiliencia en los y las participantes con discapacidad motora. No se apreciaron diferencias estadísticas significativas según el grado de severidad de la discapacidad.
Suriá (2015b)	España. N=96 (18– 32 años) estudiantes con discapacidad física, intelectual, visual y auditiva (38 hombres y 58 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> Analizar las posibles combinaciones de las dimensiones de resiliencia con el fin de identificar diferentes perfiles. Comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos en 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993). 	<ul style="list-style-type: none"> Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la utilización de redes sociales virtuales en función de los tres perfiles resilientes, obteniendo puntuaciones más altas entre los que las usan habitualmente. Altas puntuaciones de resiliencia en las tres dimensiones de la escala. Los participantes con discapacidad motora son los que habitualmente usaron estos espacios y mostraron porcentajes más altos en resiliencia.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Suriá, García, y Ortigosa (2015)	España. N=116 (20 - 45 años) jóvenes con discapacidad motora (48 hombres y 68 mujeres)	<p>función del uso que hacen de las redes sociales online.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer si la tipología de la discapacidad puede influir en el uso de las redes <i>online</i> y en los perfiles resilientes obtenidos. • Identificar si existen combinaciones de factores resilientes que den lugar a diferentes perfiles de resiliencia en personas con discapacidad motora. • Comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos obtenidos respecto a las dimensiones de las habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión española de Heilemann, Lee, y Kury, 2003). • Escala de habilidades sociales (Gismero, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles obtenidos con respecto a las dimensiones de las habilidades sociales. • Alta resiliencia en todas las dimensiones de la escala.
Suriá (2014b)	España. N=88 (19 - 55 años) jóvenes con	Analizar la resiliencia de un grupo de personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión adaptada de Heilemann, Lee y 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observaron niveles altos de resiliencia. • Según la edad, se destacó que el grupo de edad mayor presentaba mejores puntuaciones.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
	discapacidad motora (49 hombres y 39 mujeres)	motora en función de la edad, severidad y la etapa en que adquirió la discapacidad.	Kury, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> Se produjeron diferencias en función de la etapa de adquisición de la discapacidad.
Suriá (2012c)	España. N=105 (17 - 36 años) jóvenes con discapacidad motora, intelectual, visual y auditiva (55 hombres y 50 mujeres)	Describir y comparar el nivel de resiliencia en jóvenes con discapacidad en función de la etapa en la que adquirieron la discapacidad y según el tipo de discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión española adaptada por Heilemann, Lee, y Kury, 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes con discapacidad física obtuvieron índices más altos de resiliencia. No se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo. En función de la etapa en la que se adquirió la discapacidad, tanto los y las participantes con discapacidad del desarrollo, como los participantes con discapacidad adquirida a lo largo de la vida, mostraron niveles de resiliencia altos.
Mendoza (2009)	Venezuela. N=50 (28– 50 años) personas con discapacidad física, auditiva, visual (24 hombres y 26 mujeres)	Determinar si existe relación entre los niveles de autoconcepto y los factores resilientes de la personalidad con la sexualidad de las personas con discapacidad física y/o sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> Escala Multidimensional de Autoconcepto AF5 (García y Musitu, 2007). Escala de resiliencia (Wagnild y Young, 1993). Inventario de Experiencias y Respuesta Sexual en la Discapacidad (Torices y Bonilla, 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor nivel de resiliencia en las personas con pareja y mayor satisfacción personal. Bajas puntuaciones en confianza en sí mismos, en deseo, satisfacción y excitación.
Alriksson, Wallander, y Biasini (2007)	N=159 adolescentes (11-18 años) con discapacidad física (64 hombres y 95 mujeres)	Examinar las influencias del estrés de la vida y las variables protectoras hipotéticas de la competencia social, el funcionamiento familiar y la participación social de	<ul style="list-style-type: none"> Escala de habilidades sociales (Gresham y Elliott, 1990). 	<ul style="list-style-type: none"> Un mayor estrés de vida significativamente consistente se asocia con una peor subjetividad de calidad de vida y resiliencia del adolescente. Las intervenciones para mejorar la calidad de vida en los adolescentes con discapacidad motriz pueden enfocarse en la reducción del estrés de vida y desarrollo de la resiliencia mediante la estimulación de una variedad de recursos

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
		los pares en la calidad de vida (QL) en adolescentes con discapacidades de movilidad dentro de un modelo de resistencia al estrés.		personales y sociales.

A través del análisis realizado de los estudios de resiliencia se puede concluir que muy pocos estudios realizan comparaciones entre alumnado con y sin discapacidad. De los estudios que realizan comparaciones se desprende que presentan niveles de resiliencia similares. El resto de estudios, en su mayoría, indican alta resiliencia en el alumnado con discapacidad física. En función del sexo, en algún estudio se encontró que los hombres presentan niveles de resiliencia más alta que las mujeres, pero también existen estudios que afirman que no existen diferencias. También se evidenció que a más edad se obtienen mayores puntuaciones en resiliencia. Según el grado de discapacidad, algunos estudios demuestran que no se producen diferencias significativas en resiliencia.

2.6. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

En esta variable se analizan los modos (cognitivos y conductuales) de los y las adolescentes con discapacidad motriz de hacer frente a las demandas internas y externas para afrontar el estrés. Cruickhank (2007) manifiesta que si la persona se ve sujeta a estrés, uno de los primeros procesos psicológicos que falla es la memoria. También se analizan los niveles de resolución de problemas, las expresiones emocionales, relacionado todo ello con la adaptación escolar (Sandín y Chorot, 2003).

Tabla 6. Conexión entre Discapacidad Motriz y Afrontamiento del Estrés: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Okhakhume, Aroniyaso, y Olagundoye (2016)	Nigeria. N= 120 (8-20 años) estudiantes con discapacidad física (94 hombres y 26 mujeres)	Examinar la influencia del apoyo social, el estrés y las estrategias de afrontamiento sobre la depresión entre los niños con discapacidad física en Nigeria.	<ul style="list-style-type: none"> Social Support Scale for the Special Need Children (Okhakhume, 2008). Special Need Children Stress Scale Index (Okhakhume, 2008). Coping Strategies Scale (Lazarus, 1985). 	<ul style="list-style-type: none"> Los y las participantes con alto soporte social reportaron bajo nivel significativo de depresión. Se concluyó que las estrategias de apoyo social, estrés y afrontamiento son predictores de depresión entre las personas con discapacidad física en Nigeria.
Shahnawaz y Deoshree (2016)	India. N=100, 50 personas con discapacidad física y 50 personas sin discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Investigar la autoestima, la ansiedad, el estrés y el nivel de depresión en personas con discapacidad física. Investigar los factores estresantes psicológicos, la salud mental y la autoimagen de las personas con discapacidades físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Depression, anxiety, stress scale (Lovibond y Lovibond, 1995). Rosenberg self esteem scale (Rosenberg, 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> Se apreciaron diferencias significativas entre personas con discapacidad física y sin discapacidad en los niveles de depresión, ansiedad, estrés y autoestima. Las puntuaciones en estrés en personas con discapacidad fueron significativamente más altas que las de las personas sin discapacidad. La dependencia de las personas con discapacidad hacia los que no tienen discapacidad conduce a frustración, que causa estrés y ansiedad. El estrés conduce a bajos niveles de autoestima. La falta de atracción física es otro factor de importancia que lleva a la depresión de las personas con discapacidad física. Existe una correlación positiva entre el bajo nivel de autoestima y el alto nivel de ansiedad, depresión y estrés.

En la revisión realizada se observa que existen muy pocos estudios en torno al afrontamiento al estrés de las personas con discapacidad motriz, y menos que comparen el estrés en personas con y sin discapacidad. Únicamente un estudio afirma que las personas con discapacidad tienen poco afrontamiento frente al estrés.

2.7. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y BULLYING

Con esta variable se plantea conocer si el alumnado con discapacidad motriz es víctima de maltrato entre iguales; si hay presencia de violencia o, nuevas formas de agredir o si existe acoso en los centros escolares. Se pretende analizar en qué medida se están interiorizando experiencias negativas a consecuencia de acontecimientos violentos (Garaigordobil, 2011). Entre los efectos y consecuencias que se presentan como consecuencia del bullying se aprecian los siguientes: 1. En el orden físico: trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, agotamiento y cefaleas; 2. A nivel social: falta de confianza, aislamiento, soledad, rechazo a la escuela, pérdida de interés y aparición de trastornos fóbicos; 3. A nivel emocional: falta de confianza, ansiedad, depresión y tendencias suicidas (Ganzenmuller, 2015).

Tabla 7. Conexión entre Discapacidad Motriz y Bullying: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Fraine, Tann, Berger, Rak, y Gaebler (2016)	Estados Unidos. N= 51 (12-18 años) 44 estudiantes con parálisis cerebral y 7 con otras discapacidades (23 hombres y 28 mujeres).	Determinar la prevalencia de la intimidación en niños y niñas en edad escolar con parálisis cerebral y otras discapacidades físicas.	<ul style="list-style-type: none"> California Bullying Victimization Scale (Felix et al., 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> El 55% de los participantes reportaron haber sido víctimas de algún tipo de bullying por parte de sus compañeros/as. El 37% de los niños y niñas han sido excluidos del grupo, el 31% han recibido apodos, y el 68% de las víctimas citaron múltiples formas de victimización de bullying. Tanto el grupo de parálisis cerebral como otros tipos de discapacidades están en el mismo nivel de riesgo de ser víctimas de bullying. Las personas con moderado daño y aquellas con discapacidad motora gruesa son las que sufren niveles más altos de bullying.
His, Heng, y Ji (2015)	Taiwán. N=140 (12-18 años) 51 estudiantes con discapacidad visual o audición, 54 estudiantes con discapacidad mental, y 35 con discapacidad física (86 hombres y 54 mujeres).	Examinar la prevalencia de la intimidación y la victimización entre los y las estudiantes en escuelas especiales en Taiwán.	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario ad hoc. 	<ul style="list-style-type: none"> El 31,8% de los participantes experimentaron victimización física o verbal entre iguales y el 26,5% habían intimidado a otros. Las estudiantes de secundaria experimentaron más victimización. Los victimizados realizaron un mayor número de intentos de suicidio. El 9,1% reportó golpear, patear o lastimar a otros estudiantes con herramientas; el 25,6% maldijeron o insultaron a otros; el 26,5 alguna vez ha estado involucrado en acoso físico o verbal. El 22,7% informó haber sido intimidado físicamente; y el 27,8% haber sido acosado verbalmente. En cuanto al género, no se encontraron diferencias significativas de bullying.

El análisis realizado respecto al bullying permite apreciar que existen pocas investigaciones con esta variable de estudio, y los pocos estudios que se han realizado muestran altos niveles de agresión física, verbal, social y psicológica, hacia los estudiantes con discapacidades. En función del sexo, no se observan diferencias respecto al bullying. Según el grado de discapacidad, se encontró que las personas que tienen más discapacidad motora son las que sufren niveles más altos de victimización.

2.8. DISCAPACIDAD MOTRIZ Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

El término psicopatología deriva de las palabras griegas psyché (alma o razón) y páthos (enfermedad), y se refiere a los procesos que pueden provocar estados «no sanos» o alteraciones en el proceso mental, como alteraciones emocionales, problemas de conducta, problemas del desarrollo y trastornos somatoformes, entre otros. Los trastornos por depresión y ansiedad constituyen las enfermedades relacionadas con la salud mental de mayor prevalencia en la población general (Rijswijk, Hout, y Weel, 2009). Botero y Londoño (2013) en su estudio encontraron que las personas con discapacidad física parecen presentar mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y déficit en habilidades sociales e inadecuación social. Asimismo, describen la fuerte influencia entre los estados emocionales, afectivos y la calidad de vida de las personas que sufren condiciones crónicas de salud, en los que se observa que la depresión es un factor de riesgo para el aumento de las limitaciones físicas generadas por una enfermedad crónica.

Adicionalmente, Botero y Londoño (2013) encontraron una baja percepción de eficacia en personas que han tenido una situación de discapacidad adquirida, por ejemplo, en aquellos casos en los que se ha perdido de manera significativa la funcionalidad y la independencia en el ámbito laboral tras un accidente. La imagen corporal se ve afectada en las personas con discapacidad física, más aún cuando presentan ausencias o malformaciones de miembros superiores y/o inferiores.

En el presente trabajo de investigación se pretende profundizar en la relación entre los factores psicopatológicos de las personas con discapacidad física, la respectiva integración y el bienestar escolar. La psicopatología puede dificultar los procesos de

integración educativa, y aumentar de forma directa o indirecta el fracaso escolar, ya que, como señala Tapia (2003), una persona que padece una psicopatología tendrá otras necesidades educativas o puede presentar dificultades de aprendizaje, aislamiento o problemas neurocognitivos, entre otros. A continuación, se presentan trabajos previos que analizan estas variables.

Los resultados de la revisión realizada de los estudios que exploran la conexión entre discapacidad motriz y síntomas psicopatológicos se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8. Conexión entre Discapacidad Motriz y Síntomas Psicopatológicos: una revisión

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Jabeen, Kazmi, Rehman, y Ahmed (2016)	Afganistán. N=200 (13-25 años) 100 con discapacidad motriz (50 hombres y 50 mujeres) y 100 sin discapacidad (50 hombres y 50 mujeres)	Investigar y comparar los patrones habituales de comportamiento, pensamiento y emociones de y las estudiantes con discapacidad física en las extremidades superiores e inferiores en términos de rasgos de personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Goldberg, 1998). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de rasgos de personalidad entre estudiantes con discapacidad física y estudiantes sin discapacidad. • El alumnado con discapacidad mostró mayor incompetencia interpersonal, pobre autoidentidad, baja autoestima, poca capacidad para tomar decisiones, ansiedad e identidad cambiante.
Uca et al. (2016)	Rumania. N=111 (media 48.49 edad) 55 con discapacidad física (9 hombres y 46 mujeres) y 56 sin discapacidad (30 hombres y 26 mujeres)	Examinar la prevalencia actual de trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la personalidad en pacientes con esclerosis múltiple (EM), el impacto de los trastornos de personalidad en las características clínicas de la EM y la existencia de trastornos depresivos y de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • The Expanded Disability Status Scale (Kurtzke, 1983). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se observaron diferencias significativas de sexo y edad tanto en el grupo con discapacidad física y de control respecto a los síntomas psicopatológicos. • El 60% del grupo con discapacidad presentó al menos un trastorno de estado de ánimo o ansiedad, de los cuales el 40% refinó trastornos del estado de ánimo y el 38% trastorno de ansiedad, porcentajes significativamente más altos que los del grupo sin discapacidad. • El 35% de los pacientes con EM presentó depresión y trastornos de ansiedad generalizada.
Sorin et al. (2014)	Rumania. N=112 (media 46.26)	Examinar la asociación entre la ansiedad, el	<ul style="list-style-type: none"> • The Big Five Personality Inventory Short Form (Costa y 	<ul style="list-style-type: none"> • El 50,8% de las personas con discapacidad física presentó depresión moderada y severa.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
	edad) 63 con discapacidad física (11 hombres y 52 mujeres) y 49 sin discapacidad (26 hombres y 23 mujeres).	estado de ánimo y la personalidad de cinco factores rasgos en pacientes con esclerosis múltiple (EM) y documentar diferencias de personalidad entre pacientes con EM y de control.	McCrae, 1992).	<ul style="list-style-type: none"> Se observó que existe una relación significativa entre el estado de ánimo - ansiedad y rasgos de personalidad en pacientes con discapacidad física. Los participantes con EM que presentaron mayor ansiedad y depresión exhibieron mayor neuroticismo y menor extroversión, amabilidad y escrupulosidad que los grupos de control. Diferencias significativas en las dimensiones de amabilidad, apertura y nivel de conciencia entre el grupo con y sin discapacidad.
Botero y Londoño (2013)	Colombia. N=78 (18 - 51 años) personas con discapacidad física (46 hombres y 32 mujeres)	Evaluar los factores que determinan la calidad de vida relacionada con la salud en 78 personas con discapacidad física.	<ul style="list-style-type: none"> Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Vázquez y Sanz, 1991). Escala de Ansiedad (Zung, 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> Se detectaron 29 casos de depresión y 13 casos con ansiedad moderada o severa. El 34% de los y las participantes presentaba sintomatología depresiva y el 4% síntomas de ansiedad.
Mirzaei et al. (2012)	Irán. N=188 (18 – 60 años) 94 con discapacidad física (22 hombres y 72 mujeres) y 94 sin discapacidad (23 hombres y 71% mujeres)	Abordar y especificar la abundancia, la personalidad patrones y síntomas psicológicos en pacientes con esclerosis múltiple.	<ul style="list-style-type: none"> Million Clinical Multiaxial Inventory (Million, 1987). 	<ul style="list-style-type: none"> El grupo con discapacidad presentó puntuaciones altas en síntomas esquizoides, dramática, agresivo-abusiva, forzada, paranoica, ansiosa, trastorno de somatización, distímico y desorden delirante y en los síndromes clínicos. Se apreciaron diferencias significativas en la variable sexo, siendo las mujeres con discapacidad las que puntuaron más alto en trastorno dramático, antisocial, agresivo-abusivo, somatización y dependencia del alcohol, frente a los hombres con discapacidad que puntuaban alto en conductas antisociales, agresivo-abusivas y en dependencia de alcohol.
Ghasem, Mozaiffa, y Sajjad	Irán. N= 162 (16-58 años)	Evaluar el efecto de los factores	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue Severity Scale (Krupp, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados mostraron una relación significativa entre los elementos de calidad de vida en SF-36 (resumen del

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
(2012)	personas con discapacidad física (32 hombres y 130 mujeres)	psicopatológicos en la gravedad de la fatiga de los pacientes con esclerosis múltiple.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de estrés, depresión y ansiedad (Lovibond y Lovibond, 1995). 	<p>componente físico y resumen del componente mental) y depresión, fatiga, estrés y ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fatiga, la depresión y la ansiedad se identificaron como las variables de predicción del componente físico. • Se encontró que la ansiedad es la variable predictiva más poderosa entre todas.
Pérez y Garaigordobil (2007)	España. N=165 (19-40) 128 sin discapacidad (74 hombres y 54 mujeres) y 37 con discapacidad motriz (21 hombres y 16 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el autoconcepto, la autoestima y diversos síntomas psicopatológicos en personas con y sin discapacidad motriz. • Explorar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto la autoestima y síntomas psicopatológicos en ambas muestras. • Estudiar las relaciones existentes entre el autoconcepto y la autoestima con síntomas psicopatológicos en los participantes con y 	<ul style="list-style-type: none"> • LAEA. Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos (Garaigordobil, 2011). • EA. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965). • SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> • No hubo diferencias significativas ni en el autoconcepto, ni en la autoestima entre ambos grupos. • Se observaron puntuaciones superiores en personas con discapacidad motriz en síntomas de obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, en psicoticismo, y en el índice de estrés por los síntomas, mientras que las personas sin discapacidad motriz mostraron puntuaciones superiores en los síntomas de somatización. • No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las variables evaluadas, tanto en personas con discapacidad como sin discapacidad. • Las personas con discapacidad motriz que tenían alto autoconcepto y autoestima, presentaban puntuaciones bajas en síntomas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, en el total de síntomas psicopatológicos, en el índice sintomático general y en total de síntomas positivos.

Referencia Autores (año)	Ámbito geográfico Muestra (edad)	Objetivos del Estudio	Instrumentos de Evaluación	Resultados
Ozura, Erdberg, y Sega (2010)	Eslovenia. N=51 (42.6 media edad) con discapacidad física (13 hombres y 38 mujeres)	sin discapacidad motriz. Explorar las características de personalidad en una muestra de pacientes con EM.	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de Rorschach (Rorschach , 1921) 	<ul style="list-style-type: none"> Las personas con discapacidad física mostraron rasgos de personalidad de tipo evitativo, mayores niveles de ansiedad y neuroticismo, y menores niveles de empatía, amabilidad y conciencia.

La revisión de los estudios que analizan discapacidad motriz y síntomas psicopatológicos y, más concretamente en la dimensión depresión, constata pocos estudios comparando personas con y sin discapacidad. Estos estudios muestran resultados discrepantes, algunos hayan tasas más altas de depresión entre las personas con discapacidad, mientras que otro estudio afirma que presentan tasas más bajas. En función del sexo, se observa que las mujeres presentan más depresión que los hombres.

En cuanto a la dimensión ansiedad, tampoco se han encontrado apenas estudios de tipo comparativo entre personas con y sin discapacidad. Casi todos los estudios reportaron que las personas con discapacidad física presentan niveles altos de ansiedad.

Considerando de manera general los síntomas psicopatológicos, se aprecia que la mayoría de los estudios comparan personas con y sin discapacidad. En casi todas las investigaciones se muestran puntuaciones altas en los siguientes síntomas psicopatológicos: obsesión - compulsión, ansiedad fóbica, psicoticismo, índice de estrés por los síntomas, evitación y neuroticismo. Además se evidenció que cuanto mayores son los niveles de autoestima en las personas con discapacidad motriz, los síntomas de obsesión – compulsión, sensibilidad interpersonal e índice sintomático general son menores. En algunos estudios se encontraron diferencias en función del sexo, es decir, las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en depresión, y en somatización, pero en otros no se encontraron diferencias. En cuanto a la edad, se revelaron diferencias significativas tanto en los grupos con y sin discapacidad en todas las dimensiones de los síntomas psicopatológicos.

Tomando en consideración todas las dimensiones y variables estudiadas en el marco teórico se puede concluir que hay una carencia significativa de algunas dimensiones de la inclusión (sobre todo de políticas inclusivas) en las unidades educativas, aunque en muchos estudios se ha observado que las culturas y las prácticas educativas son más generalizadas.

En cuanto a la integración educativa, se puede concluir que a la mayoría del profesorado y del alumnado sin discapacidad, le incomoda la presencia del alumnado con discapacidad motriz en el aula, y en muchos estudios se observa que se muestran inquietos y expresan una actitud negativa. Esto concuerda con la poca preparación que poseen los y las docentes frente a la atención de estudiantes con discapacidad física.

En lo que respecta a los factores psicosociales, el alumnado con discapacidad motriz presenta baja autoestima, poca empatía, poco desarrollo de las habilidades sociales, la mayoría presenta poco afrontamiento al estrés, y en muchas ocasiones son víctimas de bullying. Sin embargo, manifiestan recibir mucho apoyo social y presentan alta resiliencia.

Con respecto a los factores psicopatológicos, muchos estudios muestran que las personas con discapacidad motriz presentan niveles altos de depresión y de ansiedad. Otros estudios también confirman que el alumnado con discapacidad tiene puntuaciones altas en síntomas psicopatológicos (obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, psicoticismo, índice de estrés por los síntomas, evitación y neuroticismo).

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Este estudio tiene dos grandes objetivos: (1) Analizar la percepción que tiene el profesorado sobre la inclusión y la integración de los estudiantes con discapacidad motriz inscritos en el sistema educativo ordinario ecuatoriano; y (2) Identificar variables psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en los y las estudiantes con discapacidad motriz. Estos 2 objetivos generales se concretan en 4 objetivos específicos, en base a los cuales se formulan 14 hipótesis.

OBJETIVO 1. Reconocer y categorizar las dificultades de adaptación (inclusión) que experimentan los y las estudiantes con discapacidad motriz en el sistema educativo ordinario, desde la percepción del profesorado.

H1. El alumnado con discapacidad motriz está inscrito en una *cultura poco inclusiva*, es decir, en la que hay un bajo nivel de valores, creencias, normas y actitudes para promover el respeto, valorar las diferencias y desarrollar comunidades educativas inclusivas.

H2. El alumnado con discapacidad motriz está incluido en centros con *políticas poco inclusivas*, es decir, poco centrados en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales (por ejemplo, barreras arquitectónicas, apoyo social...) y poco orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación inclusiva.

H3. El alumnado con discapacidad motriz estudia en centros con un bajo nivel de *prácticas inclusivas*, es decir, lleva a cabo pocas actividades escolares y extraescolares cooperativas que favorezcan la inclusión y la participación del alumnado con discapacidad motriz, lo que afectará a su adaptación global.

H4. En relación a los indicadores de inclusión (cultura inclusiva, políticas inclusivas, prácticas inclusivas), no se encontrarán diferencias en función del sexo y la edad del profesorado.

OBJETIVO 2. Identificar la percepción que tiene el profesorado de la integración del alumnado con discapacidad motriz.

H5. El profesorado considera que tener estudiantes con discapacidad es un obstáculo para el desenvolvimiento de la docencia de su grupo.

H6. El profesorado percibe que los estudiantes con discapacidad son excluidos por sus compañeros sin discapacidad, en relación a diversas actividades educativas que se realizan en el centro.

H7. El profesorado opina que tienen poca formación para atender adecuadamente al alumnado con discapacidad.

H8. En relación a los indicadores de integración (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente), no se encontrarán diferencias en función del sexo y la edad del profesorado.

OBJETIVO 3. Comparar las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas de los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz.

H9. Los y las estudiantes con discapacidad motriz, comparados con aquellos que no tengan esta discapacidad, mostrarán menor autoestima, menor empatía, menor socialización e integración social, similar percepción de apoyo social, similar capacidad de resiliencia, y menos recursos para el afrontamiento del estrés.

H10. El alumnado con discapacidad motriz, comparado con el que no tenga esta discapacidad, presentará mayor sintomatología psicopatológica (ansiedad, depresión,

obsesión-compulsión, psicoticismo...), menor nivel de conductas agresivas hacia otros compañeros, y habrá sufrido mayor nivel de victimización o acoso presencial.

OBJETIVO 4. Analizar si en el alumnado con discapacidad motriz existen diferencias en las características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos, en función del sexo, la edad, el grado y la causa de la discapacidad

H11. En los y las estudiantes con discapacidad motriz no se hallarán diferencias entre sexos en autoestima, resiliencia, afrontamiento del estrés, y síntomas psicopatológicos. Sin embargo, se espera encontrar en las chicas mayores niveles de empatía, más conductas de autocontrol en las relaciones sociales y de ansiedad-timidez, así como menor victimización y perpetración de acoso presencial (conductas agresivas físicas, verbales, sociales, psicológicas).

H12. En el alumnado con discapacidad motriz se encontrará que a mayor edad habrá un incremento significativo de la resiliencia y una disminución de las conductas de bullying presencial.

H13. En los y las estudiantes con discapacidad motriz se hallará que a mayor gravedad o grado de discapacidad, mayor nivel de desadaptación general, es decir, menor autoestima, más síntomas psicopatológicos...

H14. En el alumnado con discapacidad motriz no se encontrarán diferencias en ninguna variable (autoestima, empatía, conducta social, apoyo social percibido, resiliencia, afrontamiento del estrés, bullying, síntomas psicopatológicos) en función del origen de la discapacidad (congénita, hereditaria, adquirida).

CAPÍTULO 4

PARTICIPANTES

CAPÍTULO 4. PARTICIPANTES

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está compuesta por 100 docentes y 200 estudiantes ecuatorianos de 11 a 18 años de edad (100 con discapacidad motriz y 100 sin discapacidad motriz), seleccionada de forma intencional. Tras seleccionar la muestra de estudiantes con discapacidad (grupo experimental), mediante la técnica de espejo se seleccionaron los estudiantes sin discapacidad (grupo de control).

4.1.1. Distribución de la muestra de docentes en función del sexo

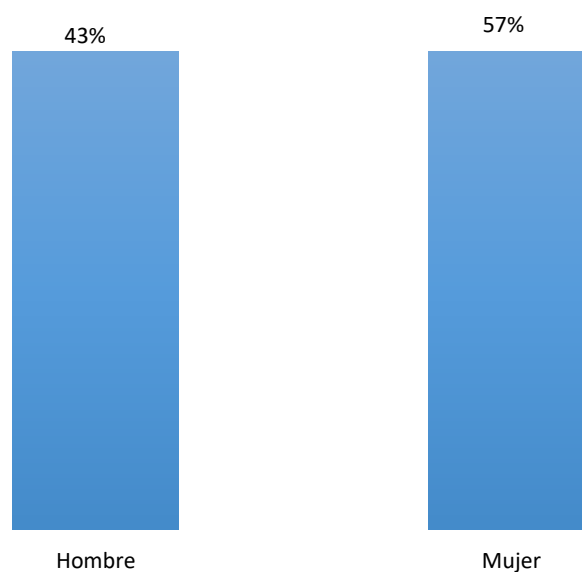
En este apartado se han analizado las frecuencias y el porcentaje de la muestra de docentes según el sexo y los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de la muestra de docentes según el sexo

	TOTAL <i>f</i> (%)
Hombre	43 (43%)
Mujer	57 (57%)

f = frecuencia, % = porcentaje

Gráfico 1. Porcentajes de la muestra docentes según el sexo



Como se puede apreciar en la Tabla 9 y en el gráfico 1 sobre la distribución de la muestra de los 100 docentes según el sexo, el 57% son mujeres y el 43% hombres. No existen diferencias significativas en la variable sexo respecto a la muestra docente ($\chi^2=1,96, p = .162$).

4.1.2. Distribución de la muestra del alumnado en función del sexo

En esta sección se describen las frecuencias y porcentajes de la muestra del alumnado según el sexo, mostrando los resultados en la Tabla 10. Respecto al sexo de la muestra total, el 51,5% del alumnado son mujeres y el 48,5% hombres, no hallando diferencias significativas en función del sexo ($\chi^2= 0,18, p = .671$).

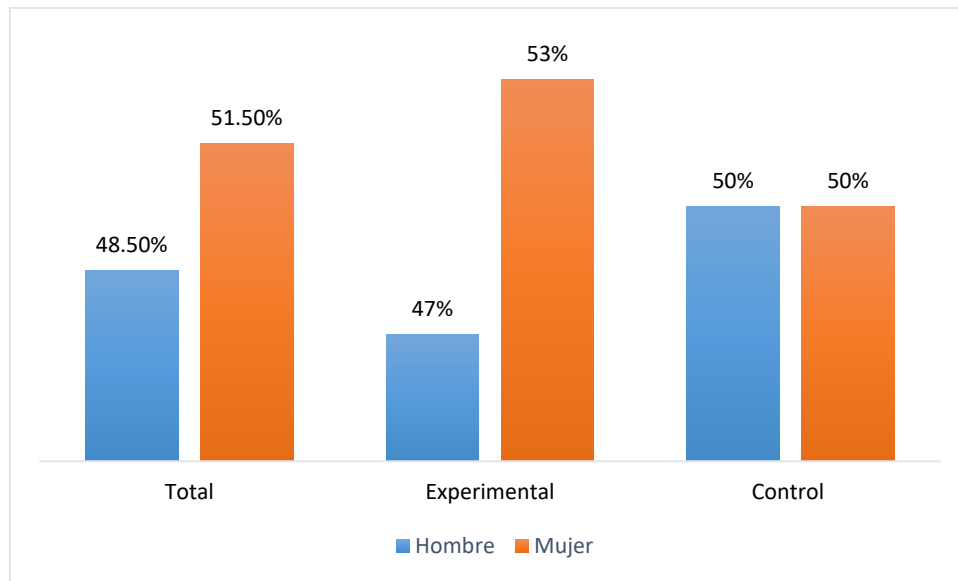
Concerniente al grupo experimental el 53% son mujeres y 47% hombres. Respecto al grupo control, el 50% son mujeres y el 50% hombres. No hay diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en ambas condiciones (experimental / control) (ver Tabla 10 y gráfico 2).

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes en función del sexo del alumnado, en la muestra total, experimental y control

	Total f (%)	Experimental f (%)	Control f (%)	χ^2	p
Hombre	97 (48,5%)	47 (47%)	50 (50%)	0,18	.671
Mujer	103 (51,5%)	53 (53%)	50 (50%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, p = significación

Gráfico 2. Porcentajes en función del sexo del alumnado, en la muestra total, experimental y control



4.1.3. Distribución de la muestra del alumnado en función de la edad

En este apartado se describen las frecuencias y los porcentajes de la muestra del alumnado según la edad, expresando los resultados en la Tabla 11 y gráfico 3. En lo referente a la edad de los participantes, se observa que el 38,5% de la muestra total está en el rango de edad entre 11-13 años, el 34% en el rango de 16-18 años y el 27,5% en el rango de 14-15 años, y que las diferencias no fueron significativas ($\chi^2= 3,67$, $p = .160$).

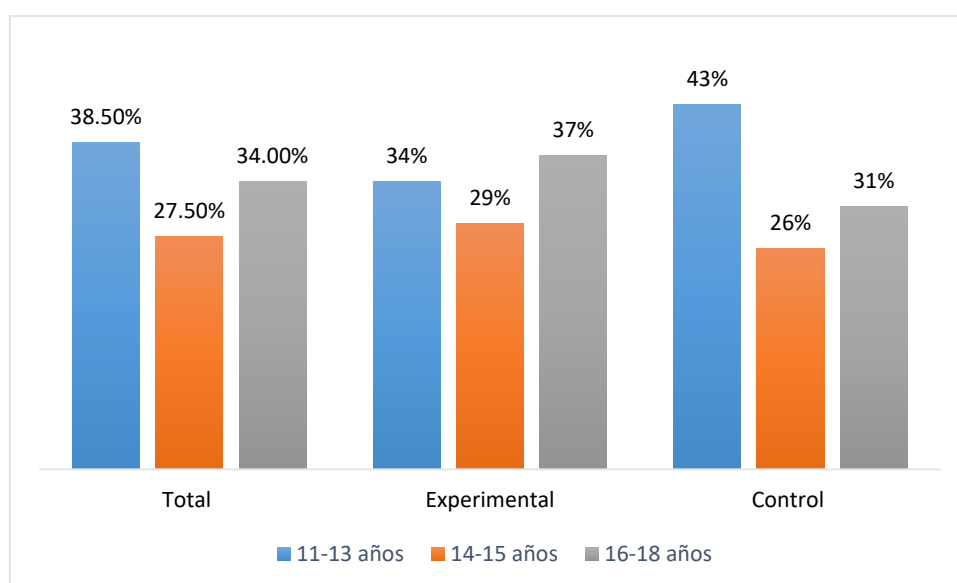
En cuanto al grupo experimental se observa que el 37% tiene entre 16-18 años; el 34% entre 11-13 años y el 29% entre 14-15 años. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre experimentales y control en relación a la edad (ver Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes del alumnado en función de la edad, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
11-13 años	77 (38,5%)	34 (34%)	43 (43%)	1,74	.418
14-15 años	55 (27,5%)	29 (29%)	26 (26%)		
16-18 años	68 (34,0%)	37 (37%)	31 (31%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 3. Porcentajes del alumnado en función de la edad, en la muestra total, experimental y control



4.1.4. Distribución de la muestra del alumnado en función del nivel de estudios

Las frecuencias y porcentajes de la muestra del alumnado según el nivel de estudios se presentan en la Tabla 12 y en gráfico 4. En la Tabla 4 se observa que el 58,5% del total de la muestra cursa educación básica y el 41,5% bachillerato, con diferencias significativas ($\chi^2= 5,78$, $p = .016$) y mayor porcentaje de alumnado en educación básica.

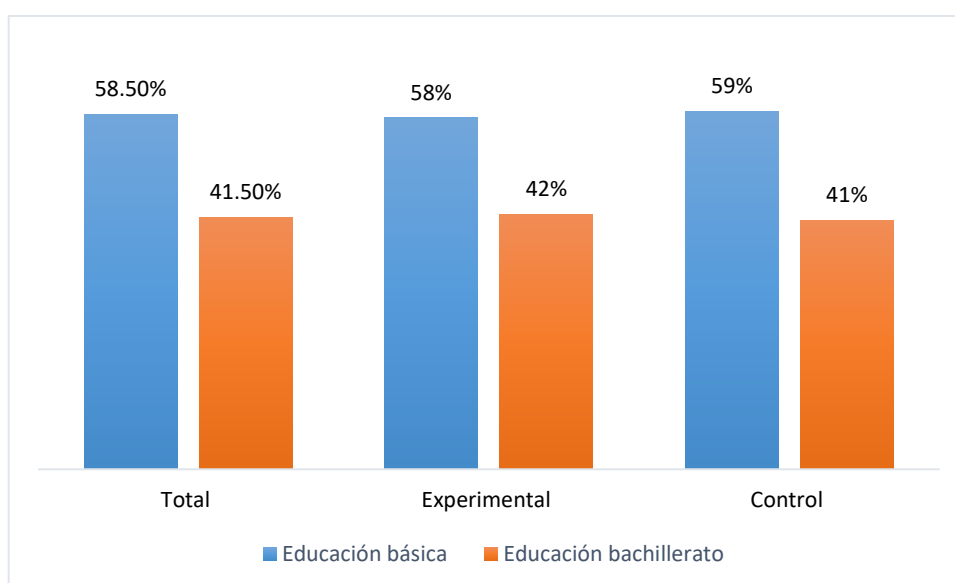
En relación al grupo experimental, el 58% está en educación básica y el 42% en bachillerato; mientras que en el grupo control el 59% está cursando educación básica y el 41% está en bachillerato. No se hallaron diferencias significativas en función del nivel de estudios entre la condición experimental y control (ver Tabla 12 y gráfico 4).

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes del alumnado en función del nivel de estudios, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Educación básica	117 (58,5%)	58 (58%)	59 (59%)	0,21	.886
Educación bachillerato	83 (41,5%)	42 (42%)	41 (41%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 4. Porcentajes del alumnado en función del nivel de estudios, en la muestra total, experimental y control



4.1.5. Distribución de la muestra en función del tipo de centro educativo

Las frecuencias y porcentajes de la muestra en los distintos tipos de centros educativos se exponen en la Tabla 13 y el gráfico 5. Respecto a la distribución total de la muestra según el tipo de centro educativo, la Tabla 13 muestra que el 88% del alumnado está en centros educativos públicos; el 3% estudia en centros educativos fiscomisionales y el 9% se educa en instituciones educativas privadas, hallándose diferencias significativas ($\chi^2= 270,04$, $p = .001$) con mayor porcentaje de estudiantes en centros públicos. Tanto en el grupo experimental como en el grupo de control el 88% estudian en centros escolares públicos; el 9% en centros privados y el 3% en educación fiscomisional. Analizada la muestra en su conjunto sí se encuentran diferencias entre los

distintos tipos de centros, con significativo mayor porcentaje de centros públicos, sin embargo, el porcentaje de estudiantes experimentales y de control en cada tipo de centro fue idéntico, por lo que no se hallaron diferencias en función del tipo de centro entre ambas condiciones (ver Tabla 13 y gráfico 5).

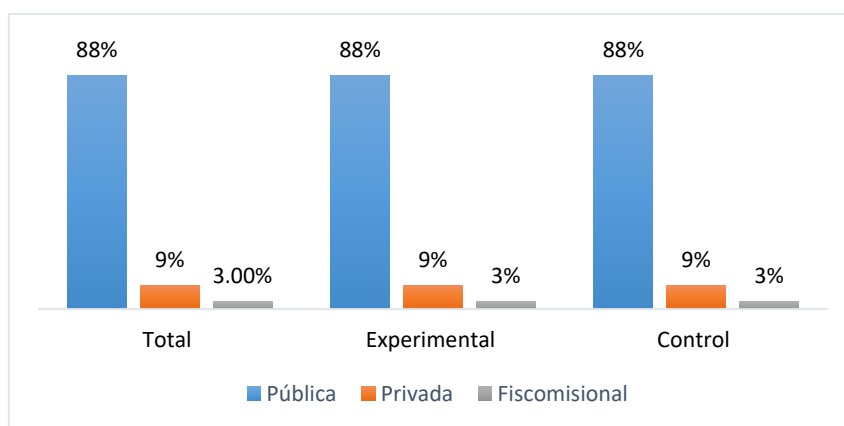
No obstante, cabe destacar que las diferencias significativas se explican en razón de que la mayor población de los educandos se concentra en educación pública. Esto es debido a la gran cantidad de centros públicos, la existencia de pocas instituciones privadas y muy pocas instituciones fiscomisionales correspondientes al distrito de educación Manta-Montecristi-Jaramijó. Por otro lado, en el momento de seleccionar la muestra, muchos estudiantes con discapacidad motriz de los centros privados y fiscomisionales no cumplieron con los criterios de inclusión, en lo concerniente a edades y comorbilidad, ya que presentaban deficiencia cognitiva u otras complicaciones asociadas (ver apartado 4.2.).

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes en función de los tipos de centros educativos, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Pública	176 (88%)	88 (88%)	88 (88%)	0,00	1,00
Privada	18 (9%)	9 (9%)	9 (9%)		
Fiscomisional	6 (3,0%)	3 (3%)	3 (3%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 5. Porcentajes en función de los tipos de centros educativos, en la muestra total, experimental y control



4.1.6. Distribución de la muestra según la ocupación laboral de los padres

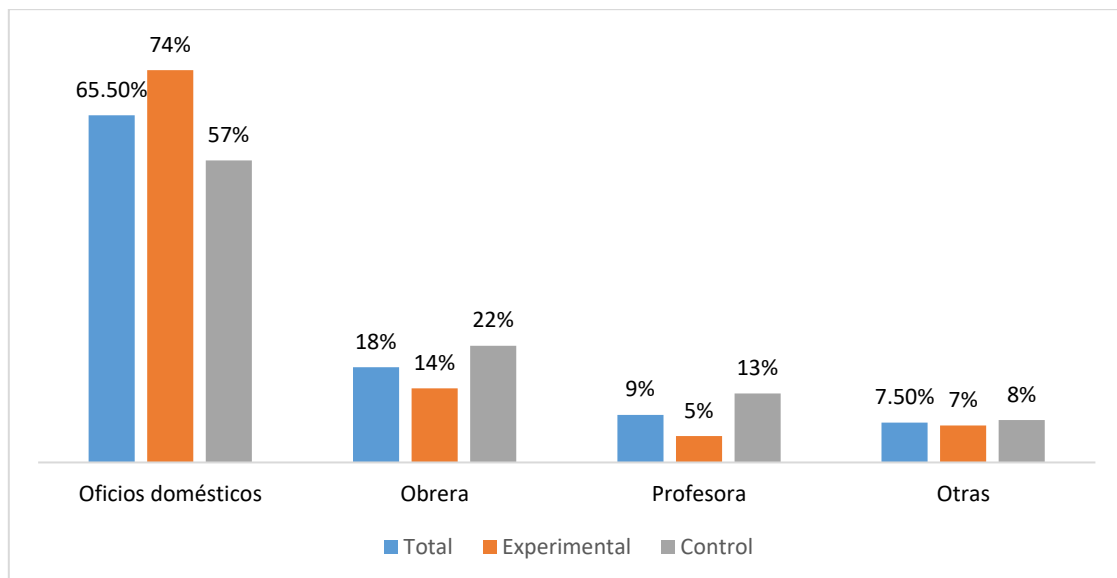
En esta sección se describen las frecuencias y porcentajes de la muestra de acuerdo a la ocupación laboral de la madre y el padre, expresando los resultados que se presentan en la Tabla 14 y gráfico 6; y en la Tabla 15 y gráfico 7 respectivamente.

Tabla 14. Frecuencias y porcentajes en función de la ocupación laboral de la madre, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Oficios domésticos	131 (65,5%)	74 (74%)	57 (57%)	7,60	.055
Obrera	36 (18%)	14 (14%)	22 (22%)		
Profesora	18 (9%)	5 (5%)	13 (13%)		
Otras	15 (7,5%)	7 (7%)	8 (8%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 6. Porcentajes en función de la ocupación laboral de la madre, en la muestra total, experimental y control



Referente a la distribución de la muestra total de las madres de los investigados según la ocupación laboral, el 65,5% realizan oficios domésticos; el 18% son obreras; el 9% son profesoras y el 7,5% trabajan en otros oficios. Por consiguiente, se evidencian diferencias significativas con mayor porcentaje de oficios domésticos ($\chi^2= 180,12$, *p* =

.001). En cuanto al grupo experimental se puede observar, de la misma forma, gran concentración de las madres en la realización de oficios domésticos con un 74%; el 14%, son obreras, el 5% son profesoras y el 7% se dedica a otras ocupaciones. En el grupo control, el 57% de la muestra realiza oficios domésticos, el 22% son obreras, el 13% son profesoras y el 8% realiza otras actividades. Se observan diferencias significativas entre las diferentes ocupaciones, concentrándose la mayoría de las madres en la realización de oficios domésticos, aunque al comparar la condición experimental y control no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de la ocupación de la madre (ver Tabla 14 y gráfico 6).

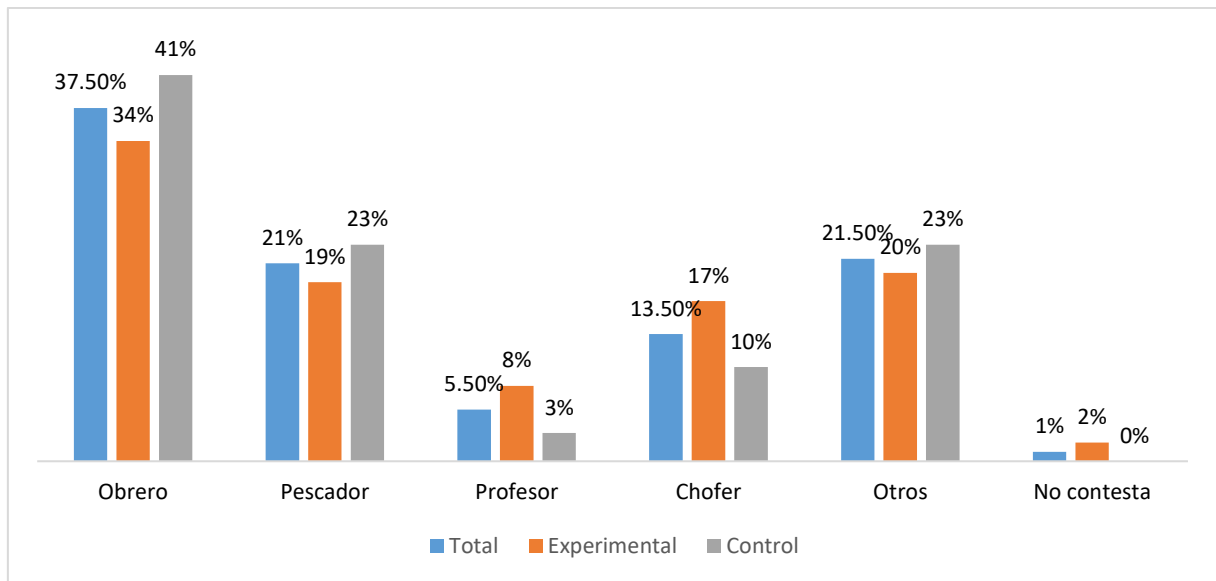
Referente a la distribución de la muestra total de los investigados según la ocupación laboral del padre, el 37,5% son obreros, el 21,5% realiza otras actividades, el 21% realiza actividad de pesca, el 13,5% son choferes, y el 5,5% son profesores. Por lo tanto, se encuentran diferencias significativas ($\chi^2= 102,76$, $p = .001$) con un mayor porcentaje de padres obreros. En cuanto al grupo experimental, de la misma forma, se observa que una gran concentración de padres son obreros, concretamente el 34%, el 20% realiza otras actividades; el 19% realiza actividades de pesca, el 17% son choferes y el 8% son profesores. En el grupo control, se aprecia que el 41% son obreros; el 23% son pescadores; el 23% realizan otras actividades; el 10% son choferes y el 3% son profesores. Aunque existe un mayor porcentaje de padres obreros, no se hallan diferencias significativas en función de la ocupación del padre entre experimentales y control (ver Tabla 15 y gráfico 7).

Tabla 15. Frecuencias y porcentajes en función de la ocupación laboral del padre, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Obrero	75 (37,5%)	34 (34%)	41 (41%)	7,33	.197
Pescador	42 (21%)	19 (19%)	23 (23%)		
Profesor	11 (5,5%)	8 (8%)	3 (3%)		
Chofer	27 (13,5%)	17 (17%)	10 (10%)		
Otros	43 (21,5%)	20 (20%)	23 (23%)		
No contesta	2 (1%)	2 (2%)	0 (0%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 7. Porcentajes en función de la ocupación laboral del padre, en la muestra total, experimental y control



4.1.7. Distribución de la muestra según el nivel de estudios de los padres de los participantes

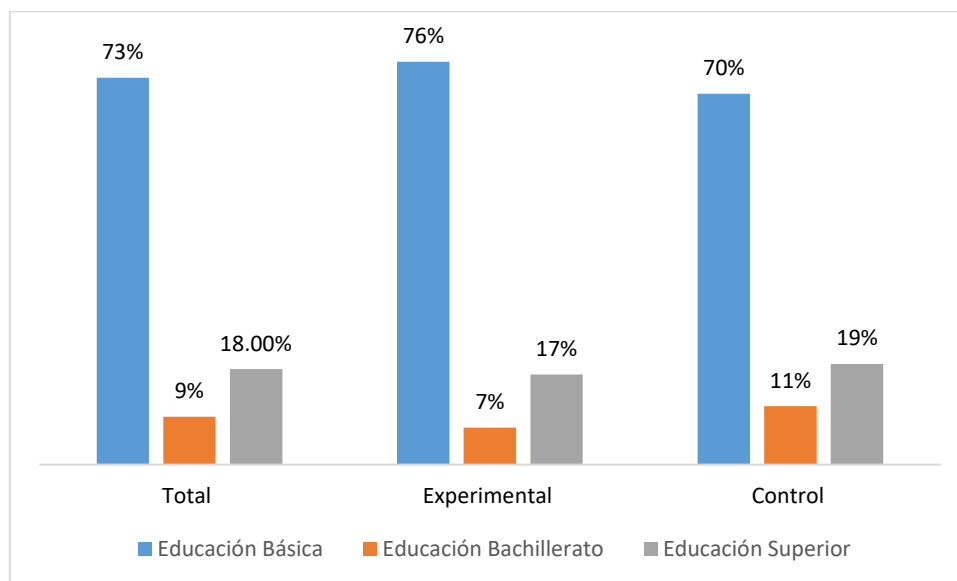
En la variable socio-demográfica, nivel de estudios del padre y de la madre, se calculan las frecuencias y porcentajes de la muestra, cuyos resultados se observan en las Tablas 16 y 17, y en los gráficos 8 y 9, respectivamente.

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes en función del nivel de estudios del padre, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Educación Básica	146 (73%)	76 (76%)	70 (70%)	1,24	.536
Educación Bachillerato	18 (9%)	7 (7%)	11 (11%)		
Educación Superior	36 (18,0%)	17 (17%)	19 (19%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 8. Porcentajes en función del nivel de estudios del padre, en la muestra total, experimental y control



Respecto a la distribución de la muestra total según el nivel de estudios del padre, la Tabla 16 y el gráfico 8 indican que el 73% ha estudiado educación básica, el 18% educación superior y el 9% educación bachillerato. Los resultados evidencian diferencias significativas ($\chi^2= 68,60$, $p = .001$) con mayor porcentaje de padres (73%) con estudios básicos. En cuanto al grupo experimental la muestra se distribuye de la siguiente manera: el 76% ha estudiado educación básica, el 17% educación superior y el 7% educación bachillerato. Referente al grupo control, el 70% ha estudiado educación básica, el 19% educación superior, y el 11% educación bachillerato. No existen diferencias en función del nivel de estudios del padre entre la condición experimental y control (ver Tabla 16 y gráfico 8).

Respecto a la distribución de la muestra total según el nivel de estudios de la madre, la tabla 17 indica que el 76% han estudiado educación básica, el 16,5% educación superior y el 7,5% educación bachillerato. Los resultados muestran diferencias significativas ($\chi^2= 76,25$, $p = .001$) con mayor porcentaje de madres (76%) con estudios básicos. En cuanto al grupo experimental la muestra se distribuye de la siguiente manera: 82% educación básica, 13% educación superior y 5% educación bachillerato. Referente al grupo control el 70% ha estudiado educación básica, el 20% educación superior y el

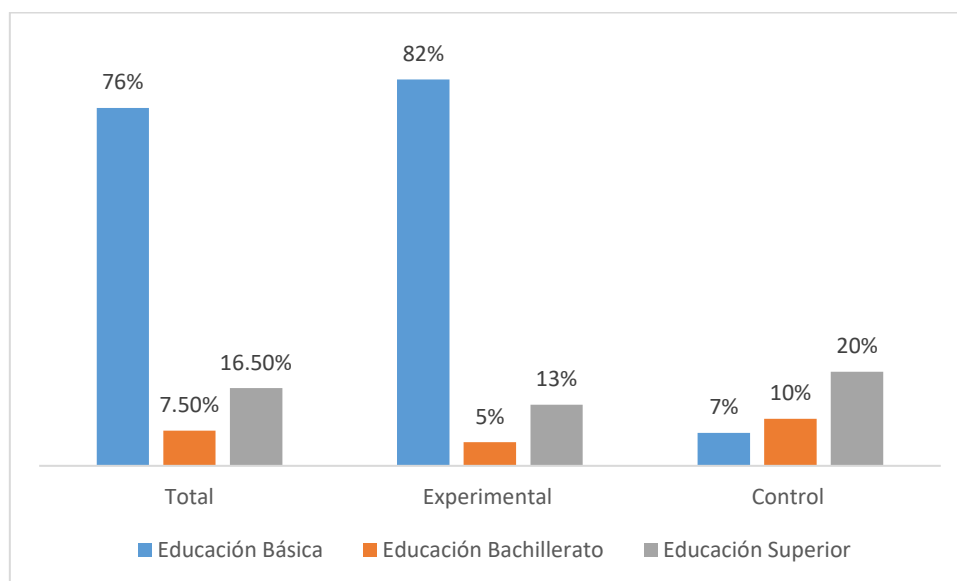
13% educación bachillerato. No existen diferencias en función del nivel de estudios de la madre entre la condición experimental y control (ver Tabla 17 y gráfico 9).

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes en función del nivel de estudios de la madre, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Educación Básica	152 (76%)	82 (82%)	70 (70%)	4,09	.129
Educación Bachillerato	15 (7,5%)	5 (5%)	10 (10%)		
Educación Superior	33 (16,5%)	13 (13%)	20 (20%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 9. Porcentajes en función del nivel de estudios de la madre, en la muestra total, experimental y control



4.1.8. Distribución de la muestra según el nivel socio-económico de la familia

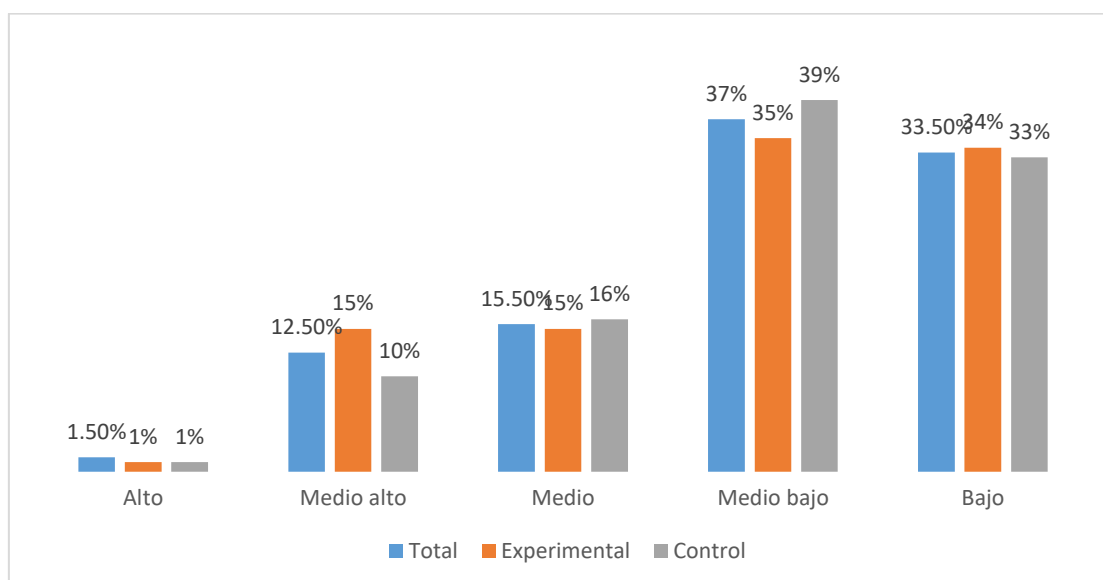
Las frecuencias y porcentajes de la muestra de acuerdo al nivel socioeconómico de las familias se aprecian en la Tabla 18 y el gráfico 10.

Tabla 18. Frecuencias y porcentajes en función del nivel socio-económico de la familia, en la muestra total, experimental y control

	Total <i>f</i> (%)	Experimental <i>f</i> (%)	Control <i>f</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
Alto	3 (1,5%)	1 (1%)	2 (1%)	1,59	.809
Medio alto	25 (12,5%)	15 (15%)	10 (10%)		
Medio	31 (15,5%)	15 (15%)	16 (16%)		
Medio bajo	74 (37%)	35 (35%)	39 (39%)		
Bajo	67 (33,5%)	34 (34%)	33 (33%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, *p* = significación

Gráfico 10. Porcentajes en función del nivel socio-económico de la familia, en la muestra total, experimental y control



En cuanto a la distribución de la muestra total según el nivel socioeconómico de la familia, en la Tabla 18 se puede observar que el 37% es de nivel socio económico medio bajo, el 33,5% es bajo, el 15,5% es medio, el 12,5% es medio alto y apenas el 1,5% tienen nivel alto. Los resultados muestran diferencias significativas ($\chi^2= 89,00$, $p = .001$) con mayor porcentaje de estudiantes (70,5%) de nivel bajo y medio-bajo, lo que representa un sesgo muestral, debido a que la mayoría de los y las estudiantes acuden a centros escolares públicos ubicados en el área geográfica suburbana. Referente al grupo experimental, el 35% es de nivel medio bajo; el 34% es bajo; el 15% es medio y medio alto y apenas el 1% es de nivel alto. En relación al grupo control, se observa que el 39%

de la muestra es de nivel medio bajo; el 33% es bajo; el 16% es medio; el 10% es medio alto y el 1% es de nivel alto. No obstante, las diferencias entre experimentales y control no son significativas (ver Tabla 18 y gráfico 10).

4.1.9. Distribución de la muestra según la ubicación geográfica de los centros educativos, en la muestra total, experimental y control

Las frecuencias y porcentajes de la muestra de acuerdo la ubicación geográfica de los centros educativos se observan en la tabla 19 y en el gráfico 11.

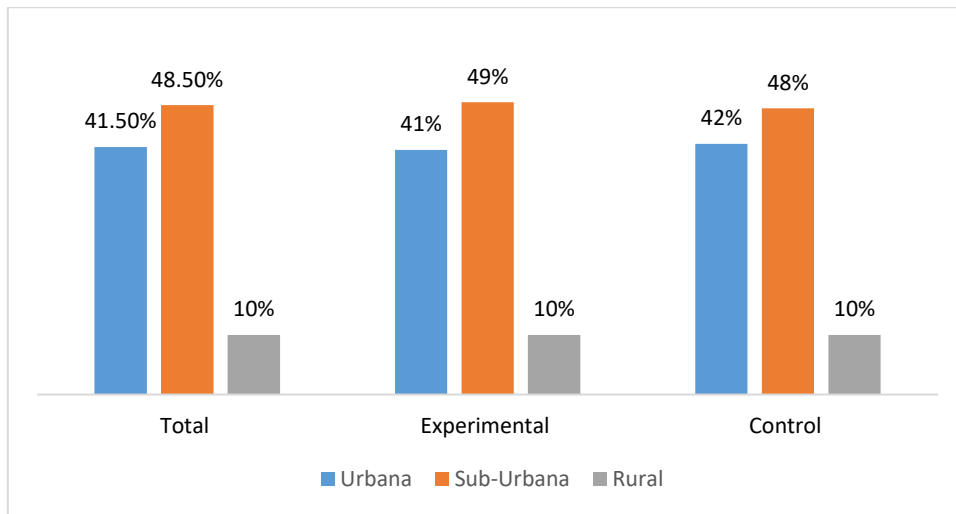
En relación a la distribución de la muestra según la situación geográfica, la Tabla 19 indica que el 48,5% del total de los estudiantes reciben clases en centros educativos ubicados en área sub-urbana; el 41,5% en área urbana y el 10% en área rural. Los resultados evidencian diferencias significativas ($\chi^2= 50,47$, $p = .001$) con menor porcentaje de estudiantes en zona rural. Referente al grupo experimental, el 49% estudia en área sub-urbana; el 41% en urbana y el 10% en rural. En relación al grupo control, el 48% están en área sub-urbana; el 42% en urbana y el 10% en rural. Por consiguiente, la muestra se concentra en áreas urbanas y sub-urbanas, con un menor porcentaje de estudiantes de áreas rurales. No obstante, la ubicación geográfica de experimentales y control es similar (ver Tabla 19 y gráfico 11).

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes en función de la ubicación geográfica, en la muestra total, experimental y control

	Total f (%)	Experimental f (%)	Control f (%)	χ^2	p
Urbana	83 (41,5%)	41 (41%)	42 (42%)	0,22	.989
Sub-Urbana	97 (48,5%)	49 (49%)	48 (48%)		
Rural	20 (10%)	10 (10%)	10 (10%)		

f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = chi cuadrado, p = significación

Gráfico 11. Porcentajes en función de la ubicación geográfica, en la muestra total, experimental y control



4.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN MUESTRAL

Para seleccionar a los participantes, en primer lugar se realizó una encuesta en los centros de educación básica de las ciudades de Manta, Montecristi y Jaramijó (Ecuador), para determinar el índice de estudiantes con discapacidad motriz en la educación ordinaria. Se diseñó y se aplicó un instrumento realizado *ad hoc* donde se recogían datos personales de los participantes como: sexo, edad y nivel de estudios; y datos del centro de estudio: nombre, dirección, tipo y modalidad. Se censaron 350 estudiantes con distintos tipos de discapacidad y comorbilidad en 89 centros educativos.

Primero se seleccionaron 100 participantes utilizando los siguientes criterios de inclusión: (1) Que los investigados presentasen discapacidad motriz sin déficit cognitivo; (2) Que estuvieran matriculados y asistieran regularmente a un centro educativo público, privado o fiscomisional, de ubicación geográfica urbana o suburbana; (3) De edades comprendidas entre 11 y 18 años, 47% hombres y 53% mujeres. Además, utilizando la técnica de espejo se seleccionaron 100 estudiantes sin discapacidad de las mismas características. En los mismos centros se buscaron participantes sin discapacidad del mismo nivel socioeconómico, edad, sexo, nivel de estudios, tipos de centros educativos, con progenitores con ocupación laboral y nivel de estudios similar, que aquellos con discapacidad motriz de la muestra seleccionada para el estudio. También han sido parte de la muestra 100 profesores que dan clases a los estudiantes con discapacidad motriz sujetos de este estudio, siendo 43 hombres y 57 mujeres (ver tabla 20).

Tabla 20. Unidades educativas participantes

Centro educativo	Ubicación Geográfica	Estudiantes con Discapacidad motriz						Estudiantes sin discapacidad		
		Sexo		Edad		Sexo		Edad		
		M	F	11 - 13 años	14 - 15 años	16 - 18 años	M	F	11 - 13 años	16 - 18 años
UEM Dra. Guadalupe Larriva	Jaramijó	1	2	1	1	1	3		2	1
Unidad Educativa "Luis Felipe Chávez N° 76"	Jaramijó	2		2				2	2	
Unidad Educativa "Israel"	Manta	1	1	1	1		2	1	1	
Unidad Educativa República del Ecuador	Manta	1		1		1			1	
Unidad Educativa 4 de Noviembre	Manta	2		1	1	1	1	1	1	1
Escuela de Educación Básica "Simón Bolívar"	Manta		1		1				1	
Escuela "El Palmar"	Manta	1		1		1			1	
Unidad Educativa "Carlos Polit Ortiz"	Manta	1			1		1		1	
Unidad Educativa del Milenio "Replica Manta"	Manta	1	2	2	1		1	2	2	1
Unidad Educativa "Paquisha"	Manta	3	9	2	4	6	6	6	2	5
Unidad Educativa "Tarqui"	Manta	3	3		2	4	4	2		3
Unidad Educativa "Stella Maris"	Manta		1			1	1			1
Unidad Educativa Fiscal "Emilio Bowen Roggero"	Manta	4	1	3	2		3	2	3	1
Unidad Educativa "Bahía de Manta"	Manta	1				1		1		1
Unidad Educativa "Costa Azul"	Manta		1		1		1			1
Unidad Educativa Fiscal "Manta"	Manta		2	2				2	2	
Unidad Educativa "Camilo Ponce Enriquez"	Manta	2	6	2	4	1	4	4	3	3

Adolescentes Ecuatorianos con Discapacidad Motriz

Unidad Educativa "Cinco de Junio"	Manta	7	3	5	5	2	1	3	3
Unidad Educativa Fiscomisional "José Anchieta" Fe y Alegría N°3	Manta	1	1	1	2		1		1
Unidad Educativa "Jambell"	Manta	1	1	1			1		
Escuela de Educación Básica Fiscomisional Fe y alegría "Oswaldo Álvarez Barba"	Manta	1	1	1			1		
Unidad Educativa "Gil Delgado Pinto"	Manta	1	1	1			1		1
Unidad Educativa "Manabí"	Manta	1	1	1			1		1
Unidad Educativa "Manabí tecnológico"	Manta	2	1	1	2	3	1	2	
Unidad Educativa Fiscal "Rosa Ávila Moreira de Gorritti"	Manta	1	1	1			1		1
Unidad Educativa "Jacobo Vera Velásquez"	Manta	1	1	1			1		1
Escuela de Educación Básica "Julia Inés Triviño de Casanova"	Manta	1	1	2	1	1	1	2	
Colegio "San Juan"	Manta	1		1			1		1
Unidad Educativa "Dr. Daniel Acosta Rosales"	Manta	3		3	3				3
Unidad Educativa "Juan Montlavo"	Manta	2	4	2	4	2	4	3	3
Unidad Educativa "San Mateo"	Manta	1	2	2	1	2	1	1	1
Escuela de Educación Básica "26 de Junio"	Manta	1	1	1			1		1
Escuela de Educación Básica "Altamira"	Manta	1		1			1		1
Unidad Educativa "Dr. Camilo Gallegos Dominguez"	Montecristi	1	1	1					1
Unidad Educativa "Monseñor Leónidas Proaño"	Montecristi	1	2	2	1	3	3	3	

Unidad Educativa "23 de Octubre"	Montecristi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Escuela de Educación Básica Fiscal "Edufio T. Estrada Hidalgo"	Montecristi	1		1	1					1	
Escuela de Educación Básica "Luis Alfredo Martínez"	Montecristi	1		1	1					1	
Unidad Educativa "Kerly Solange Quijije"	Montecristi	1	1	1	1					1	
Unidad Educativa "Almirante H. Nelson"	Montecristi	1		1	1					1	
Unidad Educativa "Juan León Mera"	Montecristi	1		1	1					1	
Unidad Educativa "Miguel Ángel Torres Luna"	Montecristi	1		1	1					1	
Escuela de Educación Básica "La Batalla de Balzamaragua"	Montecristi	1	1	1	1				1		
Total		47	53	34	29	37	50	50	43	26	31
		100		100	100		100		100		100

CAPÍTULO 5

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación utiliza un diseño no experimental. Es un estudio descriptivo, ya que describe la percepción del profesorado ecuatoriano en relación a la inclusión e integración del alumnado con discapacidad motriz, y también un diseño comparativo, ya que se compara a un grupo de “estudiantes con discapacidad motriz” con otro grupo de “estudiantes sin discapacidad motriz” seleccionados mediante la técnica del espejo, en diversas variables psicosociales, de personalidad, y psicopatológicas. Atendiendo al tipo de datos recogidos, esta investigación responde a un diseño de tipo transversal, ya que se dispone de una sola medida de las variables en un único momento temporal.

Dentro de los diseños no experimentales, se puede diferenciar los métodos de recogida de datos observacionales y los métodos de encuesta. El presente estudio utiliza una metodología selectiva o de encuesta. La encuesta se puede definir como una investigación en la que se recoge información de forma sistemática, sin que el investigador lleve a cabo manipulaciones ni intervenciones. Se entiende aquí la encuesta en un sentido amplio, dado que incluiría toda la investigación no experimental. En una definición más restrictiva, también se puede definir como la recogida sistemática de datos de poblaciones o de muestras de poblaciones por medio de entrevistas personales u otros instrumentos de recogida, especialmente cuando se refieren a grupos de personas amplios. La metodología de encuestas, en un sentido restrictivo, tiene las siguientes características: (1) No hay manipulación o intervención por parte del investigador; (2) El objetivo es obtener datos cuantitativos para describir algún aspecto de la población de estudio; (3) La información se obtiene preguntando a las personas, a través de cuestionarios o de entrevistas; y (4) Se trabaja con una muestra representativa de la población que se selecciona mediante algún diseño muestral de tipo probabilístico.

En este estudio se utilizan dos tipos de encuestas, una descriptiva (cuestionarios aplicados a profesorado de estudiantes con discapacidad motriz, cuyos resultados permiten describir la percepción de los y las docentes respecto al grado de integración e inclusión del alumnado con discapacidad) y otra analítica (cuestionarios aplicados a los y las estudiantes con y sin discapacidad, lo que permite comparar variables psicosociales,

de personalidad y psicopatológicas en ambos grupos muestrales, explorando semejanzas y diferencias entre ambos grupos.

5.2. PROCEDIMIENTO Y FASES DEL ESTUDIO

Para el desarrollo de la investigación se ejecutó el siguiente proceso:

1. Una vez obtenida la autorización del Director Distrital de Educación 13D02 – Manta – Jaramijó – Montecristi, se procedió a realizar un censo a los centros educativos para seleccionar los participantes del estudio según los criterios de inclusión.

2. Se llevó a cabo una reunión con los rectores y personal de consejería estudiantil para socializar el proyecto y planificar la aplicación de los instrumentos.

3. Tras obtener el consentimiento informado de los padres de familia a través de los rectores de los centros educativos se procedió a aplicar los instrumentos en las aulas de clases, al alumnado con discapacidad y sin discapacidad.

4. Posteriormente se aplicaron los cuestionarios de inclusión e integración educativa a los docentes de estudiantes con discapacidad. Las pruebas fueron aplicadas por el doctorando y un equipo colaborador capacitado para la administración de los instrumentos. La administración de las pruebas a los y las estudiantes se realizó en sesiones de 1 hora y 20 minutos cada sesión. Las pruebas que cumplimentaron los docentes se recogieron en una sola sesión de 1 hora de duración. La muestra fue recogida durante el año 2017.

4. Los datos fueron ingresados en una base de datos y procesados a través de la herramienta estadística SPSS 24.0.

5. Los resultados se representaron en tablas y gráficos estadísticos (ver capítulo de resultados).

6. Finalmente, se procedió a la redacción de las conclusiones del estudio.

CAPITULO 6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

6.1. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Inclusión.- El análisis de esta variable permite conocer los niveles de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz en sus tres dimensiones: 1) Culturas inclusivas: se refiere al conjunto de valores, creencias, normas y actitudes para promover el respeto, valorar las diferencias y el desarrollo de comunidades educativas; 2) Políticas inclusivas: se centra en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación; 3) Prácticas inclusivas: tiene que ver con asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares promuevan la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia adquiridos por los estudiantes fuera de la escuela. De manera que la inclusión se concibe como un conjunto de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado (Booth y Ainscow, 2002).

Integración.- El estudio de esta variable está dirigido a analizar la adaptación escolar de los estudiantes con discapacidad motriz, ya que los centros educativos deben responder a la diversidad de necesidades de todo el alumnado y satisfacerlas, mediante la participación en los aprendizajes (Suriá, 2012a). La integración escolar es el proceso que posibilita a la persona con necesidades educativas especiales desarrollar su vida escolar en establecimientos regulares de enseñanza, atendiendo y valorando sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales (Tenorio, 2005). En este contexto, es importante considerar las dimensiones de inclusión educativa (Booth y Ainscow, 2002). Además se considera el criterio de Gómez (2005) que afirma que, hablar de diversidad es referirse a los estándares de la calidad de la educación, de igualdad, de justicia social y del trabajo cotidiano en el aula.

Autoestima.- Con esta variable se analiza el sentimiento de satisfacción y el respeto que tienen los estudiantes de sí mismos; el éxito o el fracaso social del alumnado con discapacidad motriz, y la relación con el proceso de adaptación en el sistema educativo ordinario (Rosenberg, 1965).

Empatía.- Se analiza esta variable para conocer las relaciones interpersonales del alumnado con discapacidad motriz, entre sus iguales y docentes. Holmgren, Eisenberg y Fabes (1998) refieren que la empatía es la reacción emocional eliciteda y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir.

Habilidades sociales.- Con esta variable se examina el autocontrol en las relaciones sociales, formas de comportarse y consideraciones con los iguales. Se evalúa la presencia de aspectos como: ansiedad social, timidez y liderazgo en alumnado con discapacidad motriz, y si éstos afectan o favorecen la adaptación en los centros educativos (Silva y Martorell, 2001).

Apoyo social.- Esta variable permitirá estudiar la capacidad que tienen los y las adolescentes con discapacidad motriz de percibir el apoyo social, por parte de quienes están en su entorno. De igual manera se trata de comprender si la adaptación en el colegio está relacionada con situaciones elevadas de apoyo social o si es insuficiente (Londoño et al., 2012). Lin, Dean y Ensel (1981) afirman que el apoyo social es la ayuda a la que un sujeto puede acceder a través de los lazos sociales con otros sujetos, grupos y comunidad global”.

Resiliencia.- Con el estudio de esta variable se espera comprender la capacidad o dificultad que tienen los jóvenes que presentan discapacidad motriz para afrontar las barreras y desafíos que se les presenten en lo relacionado a la adaptación escolar (Suriá, 2015b). Barudy y Dantagnan (2013, p.56) sostienen que “La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos”.

Estilos de afrontamiento del estrés.- En esta variable se estudian los esfuerzos conductuales y cognitivos que realizan los y las adolescentes con discapacidad motriz y se analizan los modos de hacer frente a las demandas internas y externas para afrontar

el estrés. Cruickhank (2007) manifiesta que si la persona se ve sujeta a estrés, uno de los primeros procesos psicológicos que falla es la memoria. También se analizan los niveles de resolución de problemas, las expresiones emocionales, relacionando todo ello con la adaptación escolar (Sandín y Chorot, 2003).

Bullying.- Con esta variable se plantea conocer si los estudiantes con discapacidad motriz son víctimas de maltrato entre iguales; si hay presencia de violencia o, nuevas formas de agredir o si existe acoso en los centros escolares y analizar en qué medida se están interiorizando experiencias negativas a consecuencias de acontecimientos violentos (Garaigordobil, 2011). Los efectos y consecuencias que se presentan por el bullying son: 1. En el orden físico: trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, agotamiento y cefaleas; 2. A nivel social: falta de confianza, asilamiento, soledad, rechazo a la escuela, pérdida de interés y aparición de trastornos fóbicos; 3. Desde lo emocional: falta de confianza, ansiedad, depresión y tendencias suicidas (Ganzenmuller, 2015).

Síntomas psicopatológicos.- Con el estudio de esta variable se evalúa la presencia de alteraciones en el proceso mental como: alteraciones emocionales, problemas de conducta, problemas del desarrollo y trastornos somatoformes en el alumnado con discapacidad motriz. De manera que se establecen influencias y/o relaciones entre las sintomatologías que presentan los estudiantes y la adaptación en el centro escolar (Pérez y Garaigordobil, 2007).

6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Con la finalidad de explorar las variables objeto de estudio se utilizaron los instrumentos de evaluación que se muestran en la Tabla 21. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico con la finalidad de recoger información sobre los y las estudiantes, sus progenitores o tutores legales, los y las docentes y el centro educativo. Se administraron 10 instrumentos de evaluación con garantías psicométricas de fiabilidad y validez.

Tabla 21. Instrumentos de evaluación para medir las variables objeto de estudio

Instrumento	VARIABLES EVALUADAS	Descripción de la prueba
Cuestionario sociodemográfico	<p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ datos del estudiante ✓ información de los profesores ✓ datos de la unidad educativa ✓ información de los padres 	<p>Se administraron varias preguntas diseñadas “ad hoc”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) datos del estudiante: nombres edad, sexo, nivel de estudios, origen y grado de la discapacidad. 2) información de los profesores: edad, sexo, grado académico, años de experiencia, capacitados en inclusión educativa y modalidad de impartición de clases. 3) datos de la unidad educativa: tipo y ubicación geográfica. 4) información de los padres: ocupación laboral, nivel de estudios y el nivel socio económico familiar.
Cuestionario de indicadores de inclusión - Bristol (Booth y Ainscow, 2002)	<p>Inclusión percibida por el profesorado</p> <p>Proceso de análisis sistemático de las culturas, políticas y prácticas escolares para minimizar la exclusión, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar</p>	<p>A través de 45 ítems, las y los docentes informaron sobre las dimensiones de la inclusión educativa: culturas inclusivas, políticas inclusivas y prácticas inclusivas.</p>
Cuestionario de integración (Suriá, 2012a)	<p>Integración percibida por el profesorado</p> <p>Percepción del profesorado respecto a: (1) cómo se siente por tener alumnado con discapacidad; (2) actitud de los estudiantes sin discapacidad hacia los que tienen discapacidad; y (3) nivel de</p>	<p>A través de 23 ítems las y los docentes manifiestan acuerdo o desacuerdo respecto a la percepción que tienen de la integración de los estudiantes con discapacidad.</p>

Instrumento	Variables evaluadas	Descripción de la prueba
	formación de los docentes para afrontar la educación de estudiantes con discapacidad.	
Escala de autoestima (RSE. Rosenberg, 1965)	Autoestima autovaloración	Autoinforme 10 ítems: se autoevalúan aspectos positivos o negativos que las personas tienen de sí mismas.
Cuestionario de evaluación de la empatía (EQ. Mehrabian y Epstein, 1972)	Empatía Capacidad cognitiva y emocional para hacerse cargo de las emociones de otros seres humanos	Autoinforme 22 ítems: se indica si la persona hace, piensa o siente lo que afirma la frase.
Batería de socialización (Bas 3. Silva y Martorell, 2001)	Conducta Social Conductas sociales positivas y negativas: consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social, ansiedad social/timidez y liderazgo.	Autoinforme 75 ítems: se presentan conductas sociales positivas y negativas. La persona debe decir si realiza o no esas conductas.
Apoyo Social Percibido (MOS. Londoño, Rogers, Castilla y Posada, 2012)	Apoyo social Percepción del apoyo social que se dispone a nivel emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo	Autoinforme de 20 ítems: la persona informa de la frecuencia con la que recibe apoyo social.
Escala de Resiliencia de (RS. Wagnild y Young, 1993)	Resiliencia Capacidad de una persona para afrontar y superar las adversidades: competencia, autodisciplina, y aceptación.	Autoinforme de 25 ítems: se informa del grado de acuerdo sobre competencia, autodisciplina y aceptación.
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE. Sandín y Chorot, 2003)	Estilos de afrontamiento del estrés Conjunto de estrategias para reducir el impacto negativo del estrés. Las estrategias que se evalúan son: focalizado en la resolución de problemas, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.	Autoinforme de 42 ítems: se revela el grado de afrontamiento al estrés que tiene la persona en diversas situaciones.
Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales (Garaigordobil, 2013)	Bullying Victimización	Autoinforme sobre 4 tipos de conductas de acoso cara-a-cara: se informa de la frecuencia con la que las han sufrido.
Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R. Derogatis, 2002)	Síntomas psicopatológicos Somatización, obsesión – compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo.	Autoinforme 90 ítems: se indica la frecuencia (nada-mucho) con la que se han tenido los síntomas en el último mes.

6.2.1. Cuestionario de indicadores de inclusión Bristol (Booth y Ainscow, 2002)

Descripción de la prueba

Dentro de la perspectiva dilemática, son varios los autores que resaltan el dilema en la educación inclusiva, Dyson y Millward (2000), Echeita et al. (2009), Norwich (2008) y Norwich (2014) ponen de manifiesto las tensiones o conflictos inherentes a la búsqueda de respuestas que garanticen la equidad, la justicia y el derecho.

En este marco, la UNESCO (2008, p.3) define la educación inclusiva: “Como un principio rector general reforzando la educación para el desarrollo sostenible, el aprendizaje a lo largo de la vida para todos y el acceso a oportunidades de aprendizaje en condiciones de igualdad para todos los niveles de la sociedad“. Estas corrientes integradoras y/o inclusivas cada vez se fortalecen más, ya que están direccionadas a disminuir la segregación de los estudiantes con discapacidad. En este contexto Ainscow, Booth y Dyson (2006, p.25), describen la inclusión educativa como: “proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares para tratar, eliminar o minimizar, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar, las barreras de distintos tipos que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación de alumnos y alumnas en la vida escolar de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables”.

El análisis de esta variable permite conocer los niveles de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz en sus tres dimensiones: 1) Culturas inclusivas: se refiere al conjunto de valores, creencias, normas y actitudes para promover el respeto, valorar las diferencias y el desarrollo de comunidades educativas; 2) Políticas inclusivas: se centra en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación; 3) Prácticas inclusivas: tiene que ver con asegurar que las actividades en el aula y las actividades extraescolares promuevan la participación de todo el alumnado y tengan en cuenta el conocimiento y la experiencia adquiridas por los estudiantes fuera de la escuela. De manera que la inclusión se concibe como un conjunto

de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado (Booth y Ainscow, 2002).

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El instrumento es un autoinforme que consta de 45 ítems en una escala de tipo Likert de 1 al 4 siendo: 1=Necesito más información, 2=En desacuerdo, 3=De acuerdo, 4= Completamente de acuerdo. Está dirigido a miembros de la comunidad educativa: docentes, personal directivo, alumnado y padres/madres de familia, y el tiempo de aplicación aproximado es entre 20 y 30 minutos.

Las puntuaciones directas se obtienen de los 3 factores inclusivos. En cada factor, la puntuación directa es la suma de las respuestas de la escala; el valor máximo posible a obtener en cada factor es el siguiente: culturas inclusivas 52 puntos, políticas inclusivas 60 puntos, prácticas inclusivas 68 puntos.

Tabla 22. Distribución de los ítems por dimensión de inclusión

Distribución de los ítems por dimensión	
Ítems	Número
Culturas inclusivas	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
Políticas inclusivas	14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28
Prácticas inclusivas	29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45

Datos psicométricos

El manual de la prueba original no incluye datos psicométricos, pero se han realizado análisis de fiabilidad y validez con la muestra de este estudio que confirman resultados psicométricos positivos. La fiabilidad (alpha de Cronbach) con la muestra de este estudio fue alta ($\alpha = .95$). Además, con la finalidad de validar los indicadores que se obtienen con esta prueba, se realizaron correlaciones entre las puntuaciones en los tres indicadores (culturas, políticas y prácticas inclusivas) y los indicadores de integración (inquietud docente por tener alumnado con discapacidad, percepción del profesorado

sobre las conductas y actitudes de los estudiantes sin discapacidad hacia los de discapacidad, formación del profesorado para trabajar con estudiantes con discapacidad) de la prueba de Suriá (2012a). Los coeficientes de correlación muestran que: (1) a mayor inquietud por tener alumnado con discapacidad, más percepción de un bajo nivel de cultura inclusiva ($r=.31$), política inclusiva ($r=.20$), de prácticas inclusivas ($r=.25$); (2) a mayor percepción sobre conductas negativas del alumnado con los compañeros y compañeras que tienen discapacidad, más percepción de un bajo nivel de cultura inclusiva ($r=.28$), política inclusiva ($r=.37$), de prácticas inclusivas ($r=.28$); y (3) a mayor percepción de bajo nivel de formación del profesorado para atender al alumnado con discapacidad, más percepción de un bajo nivel de política inclusiva ($r=.35$), y de prácticas inclusivas ($r=.20$). Los resultados obtenidos avalan la fiabilidad y validez del Cuestionario de indicadores de inclusión Bristol.

6.2.2. Cuestionario de integración (Suriá, 2012a)

Descripción de la prueba

La integración escolar es el proceso que posibilita a la persona con necesidades educativas especiales desarrollar su vida escolar en establecimientos regulares de enseñanza, atendiendo y valorando sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales (Tenorio, 2005). Una manera de saber si los estudiantes con discapacidad están integrados es conocer qué actitudes perciben desde los profesores y sus compañeros sin discapacidad.

Las limitaciones más difíciles de solventar para la integración de las personas con discapacidad son las barreras mentales del resto de personas sin discapacidad (Verdugo, Arias y Jenaro, 1994). En este sentido, los estudios de Alemany y Villuendas (2004) y Suriá (2011) analizaron las actitudes de los y las docentes y del resto de compañeros hacia el alumnado con discapacidad, mostrando en algunos casos en los resultados respuestas sesgadas por la responsabilidad social que ellos tienen. De ahí, que lo más importante es conocer lo que opinan los propios estudiantes con discapacidad. En referencia a esto, Fishbein y Ajzen (1975) indican que la actitud es una predisposición

aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable ante objetos, personas o grupos de personas y situaciones.

El instrumento es un cuestionario que está formado por tres bloques. El primero mide la inquietud docente por tener alumnado con discapacidad (8 ítems). El segundo examina como percibe el profesorado las conductas y actitudes de los y las estudiantes sin discapacidad hacia los de discapacidad (6 ítems) y el último, mide la percepción del profesorado sobre su falta de preparación para atender alumnado con discapacidad (9 ítems).

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El cuestionario está dirigido al profesorado, el tiempo de aplicación es entre 15 y 20 minutos y contiene 23 ítems distribuidos de forma aleatoria. Las preguntas se responden a través de una escala tipo Likert de cinco puntos donde los participantes deben expresar su opinión sobre cada afirmación de acuerdo con el siguiente esquema: (1= nada de acuerdo; 2 = poco de acuerdo; 3 = algo de acuerdo; 4 = bastante de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo).

Las puntuaciones directas se obtienen de los 3 factores integrativos. En cada factor, la puntuación directa es la suma de las respuestas de la escala; el valor máximo posible a obtener en cada factor es: factor 1, 40 puntos, factor 2, 45 puntos, factor 3, 30 puntos.

Tabla 23. Distribución de los ítems por dimensión de integración

Distribución de los ítems por dimensión	
Factor	Ítem
Percepción de la inquietud por tener los alumnos con discapacidad	1,2,3,4,5,6,7,8
Que percibe el profesorado de la actitud del alumnado hacia los compañeros con discapacidad	9,10,11,12,13,14,15,16,17
Percepción del profesorado sobre su falta de preparación para atender al alumnado con discapacidad	18,19,20,21,22,23

Estudios psicométricos

El análisis de fiabilidad de la escala se realizó calculando el coeficiente alpha de Cronbach. La prueba de confiabilidad de la versión final de la escala compuesta por los 23 ítems fue de .91. Posteriormente se analizaron las correlaciones ítem por ítem para ver si se debía eliminar alguno de ellos. Los resultados arrojaron índices de fiabilidad inferiores, por lo que se mantuvieron los 23 ítems de la escala. La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue alta ($\alpha = .88$).

Para hallar la validez del cuestionario se utilizó el análisis factorial exploratorio. Previo a ello, se realizó el análisis de la muestra Kaiser Meyer Oklin (KMO), el resultado que se obtuvo fue de .681, lo que indica que es aceptable realizar el análisis factorial. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que la matriz de puntuaciones cumplía el supuesto de identidad ($<.05$). Finalmente, el análisis factorial confirmó las tres dimensiones de la prueba. Para ello, se utilizó el método de extracción y rotación mediante el análisis de componentes principales y la normalización Varimax con Kaiser.

6.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965)

Descripción de la prueba

Tradicionalmente, se concibe la autoestima como una experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía. Con independencia de una validación externa o social, se entiende que la persona se considera con una alta autoestima si hace una alta valoración de sí misma (Donnellan, Trzesniewski, y Robins, 2011). La autoestima es la visión más profunda que cada uno tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad. La autoestima es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos (Martínez, 1997).

Al respecto, Rosenberg (1996) señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que sentimos de una forma determinada a partir de lo que pensamos sobre

nosotros mismos. Por su parte, Dunn (2008) afirma que la autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”. El “sí mismo” es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales.

Así mismo, Coopersmith (1996) sostiene que la autoestima es la evaluación que la persona hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo o a sí misma. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual creemos en nosotros mismos o nosotras mismas para ser capaces, productivos, importantes y dignos. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que la persona tiene hacia sí misma. El tener más cantidad de conceptos de uno mismo con valencia positiva que negativa hace que la persona tenga una autoestima más alta (Banaji y Prentice, 1994). Según Branden (1993), la autoestima tiene dos componentes importantes: un sentimiento de capacidad personal, que se traduce en la confianza de uno mismo; y un sentimiento de valor personal que puede definirse como el respeto por sí mismo. La suma de ambos sentimientos produce una autoestima adecuada.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa. Tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tienen consigo misma. Su aplicación requiere un tiempo de administración de 10 minutos, y está dirigido a población adolescente, adultos y personas mayores. La persona evaluada responde los 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos donde los ítems del 1 al 5 tienen los siguientes valores de manera directa (a=4, b=3, c=2, d=1), y los ítems del 6 al 10 tienen los valores de manera inversa (a=1, b=2, c=3, d=4). La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta. Referente a la interpretación las puntuaciones obtenidas entre 0 y 25 indican autoestima baja, de 26 a 29 indican autoestima normal, y de 30 a 40 indica autoestima elevada/ alta.

Estudios psicométricos

Fiabilidad: La RSE mostró modesta consistencia interna, un coeficiente de Kuder-Richardson de .63. Por su parte, la medida de multidimensionalidad (confiabilidad de constructo) presentó un valor por debajo del mínimo esperado, el coeficiente de Mosier fue .61. La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue adecuada ($\alpha = .71$).

Validez: Al inicio del análisis factorial se observó KMO de .75 que indicó la presencia de variables latentes, como se esperaba, en los diez ítems de la Escala de Rosenberg para la autoestima (ERA). El análisis factorial mostró dos dimensiones que explicaron el 46,7% de la varianza total. Sin embargo, la correlación entre estas dimensiones fue baja, $r = -.084$, lo que indicó que las dos dimensiones se comportan como dos escalas o constructos distintos.

6.2.4. Cuestionario de evaluación de la empatía (Merhabian y Epstein, 1972)

Descripción de la prueba

En términos generales, la empatía se concibe como un estado afectivo o capacidad de aprehensión del estado o condición emocional del “otro”. Sin embargo, algunos autores consideran la empatía como un concepto más amplio. Las tendencias que aparecen en las definiciones utilizadas tradicionalmente a la hora de delimitar el concepto de empatía son: (1) Enfatiza la capacidad de la persona para poder tomar el rol del “otro”, pudiendo con ello llegar a conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones; y (2) Se centra en las respuestas emocionales vicarias y en la capacidad de percibir las experiencias emocionales de los demás. Recientemente, domina la tendencia a integrar ambos enfoques. Así, se define la empatía desde un enfoque multidimensional, haciendo énfasis en la capacidad de la persona de dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el

propio yo y el de los demás. La empatía incluye tanto respuestas emocionales como experiencias vicarias o, lo que es lo mismo, la capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás (Garaigordobil, 2000).

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El instrumento consta de 22 afirmaciones que hacen referencia a sentimientos empáticos con los que se mide la capacidad de empatía del individuo. Puede ser administrado tanto individual como colectivamente y requiere 10 minutos de tiempo de aplicación. Está dirigido a niños, niñas y adolescentes.

La tarea a realizar consiste en leer un conjunto de afirmaciones indicando si habitualmente hace, piensa o siente lo que afirma la frase. La puntuación directa es la suma de las respuestas sí o no de los ítems.

Tabla 24. Relación de ítems de empatía

<i>Relación de ítems de la prueba</i>	
Si	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22.
No	5, 6, 12, 16, 17, 18.

Estudios psicométricos

La consistencia interna (alpha de Cronbach) de la escala original fue adecuada ($\alpha = .74$). La fiabilidad obtenida con la muestra de este estudio fue adecuada ($\alpha = .70$). Con la finalidad de analizar la validez de la adaptación española utilizada (Garaigordobil, 2000), y con una muestra de 174 adolescentes, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en este cuestionario y las puntuaciones obtenidas en la Escala de impulsividad, afán de aventura y empatía IVE-J (adaptación Martorell y Silva, 1993), confirmándose altas correlaciones significativas positivas de la variable empatía en ambos instrumentos ($r = .65, p = .000$).

6.2.5. Batería de socialización (BAS 3, Silva y Martorell 2001)

Descripción de la prueba

Las habilidades sociales son respuestas adquiridas por el aprendizaje, ligadas a contextos específicos que sirven para resolver problemas interpersonales inmediatos y específicos de la situación (Caballo, 2005; Michelson et al., 1987, Monjas, 2002). Por su parte, Prytz y Suarez (2009) mencionan que las habilidades sociales son conductas ejecutadas en las interacciones interpersonales que permiten al individuo un desempeño social competente. Por otro lado, Del Prette y Del Prette (2010) indican que el concepto de habilidades sociales debe diferenciarse del término competencia social (CP), ya que este se refiere a la calidad de la conducta ejecutada según criterios de funcionalidad, es decir, de acuerdo a los efectos del desempeño social del individuo en términos de eficiencia.

El concepto de socialización que explora la batería BAS comprende desde una serie de habilidades básicas hasta patrones conductuales más amplios de relación interpersonal y grupal (Kirchner, 1997). Específicamente, la BAS-3 permite lograr un perfil de la conducta social en adolescentes de 11 a 19 años, en cinco escalas de socialización: 1) Consideración con los demás (Co): detecta sensibilidad social o preocupación por los demás, en particular por aquellos que tienen problemas y son rechazados o postergados; 2) Autocontrol en las relaciones sociales (Ac): recoge una dimensión claramente bipolar que representa, en su polo positivo, acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia en el mutuo respeto; y en el polo negativo, conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina; 3) Retraimiento social (Re): identifica alejamiento tanto pasivo como activo de los demás, hasta llegar, en el extremo, a un claro aislamiento; 4) Ansiedad social-timidez (At): mide distintas manifestaciones de ansiedad (miedo, nerviosismo) unidas a reacciones de timidez (apocamiento, vergüenza) en las relaciones sociales; 5) Liderazgo (Li): explora ascendencia, popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

Para el procedimiento de aplicación de la BAS 3, se presenta al niño/a o al adolescente el cuestionario con las instrucciones y la hoja de respuesta en la que debe marcar si las conductas y contenidos especificados en las afirmaciones corresponden o no a su forma de ser o actuar. La Batería de Socialización BAS-3 (Silva y Martorell, 2001) está integrada por 75 ítems, aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (sí, no). Permite obtener un perfil del comportamiento social a partir de sus cinco escalas de socialización: consideración con los demás (Co), autocontrol en las relaciones sociales (Ac), retraimiento social (Re), ansiedad social/timidez (At) y liderazgo (Li). A estas se le suma una escala de sinceridad (S), que permite analizar la consistencia interna de las respuestas a las escalas.

La aplicabilidad tiene una duración de 10 a 15 minutos, aunque no existe tiempo límite de aplicación. Al término de la prueba se debe revisar si se han contestado todos los ítems y datos de identificación. Las puntuaciones directas se obtienen de las 6 escalas BAS-3. En cada escala, la puntuación directa es la suma de las respuestas sí o no que coincidan con la escala.

Tabla 25. Relación de ítems por cada factor de la escala de conducta social

<i>Relación de ítems por cada factor de la escala</i>	
Factor	Ítems
Consideración con los demás: (Co)	3, 5, 11, 12, 14, 16, 17, 27, 51, 59, 60, 61, 66, 68
Autocontrol en las relaciones sociales (Ac)	22, 36, 46, 50, 53, 73, 4, 13, 34, 40, 44, 56, 64, 65
Retraimiento social (Re)	8, 9, 28, 35, 42, 52, 63, 69, 72, 25, 30, 31, 37, 47
Ansiedad social – Timidez (At)	1, 18, 19, 38, 39, 43, 48, 54, 55, 57, 62, 33
Liderazgo (Li)	2, 6, 10, 20, 21, 23, 26, 29, 33, 45, 70, 71
Sinceridad (S)	24, 75, 7, 15, 32, 41, 49, 58, 67, 74

Estudios psicométricos

Fiabilidad BAS 3: Los estudios originales de fiabilidad del test ponen de relieve que la consistencia interna es satisfactoria (α de Cronbach entre .73 y .82 para las distintas escalas). La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue baja (entre $\alpha = .58$ y .59). Por otro lado, los resultados del test-retest realizados con un intervalo de 4 meses, confirman que la estabilidad temporal es satisfactoria para autocontrol ($r = .66$), ansiedad-timidez ($r = .65$), y liderazgo ($r = .61$), pero es baja para consideración ($r = .42$) y retraimiento ($r = .43$).

Validez: Respecto a la validez, hay estudios que analizan los resultados de la BAS 3 en menores no delincuentes ($n = 103$) y delincuentes internos ($n = 42$), observándose puntuaciones más bajas en consideración y autocontrol en el grupo de delincuentes. Análisis correlacionales evidenciaron que la escala de consideración tuvo correlaciones positivas con empatía ($r = .42$) y negativas con psicoticismo ($r = -.37$); la escala de autocontrol mostró correlaciones negativas con psicoticismo ($r = -.44$), con conducta antisocial ($r = -.40$) y con impulsividad ($r = -.43$); y la escala de retraimiento tuvo correlaciones negativas con extraversión ($r = -.36$).

6.2.6. Cuestionario de apoyo social (MOS, Sherbourne y Stewart 1991)

Descripción de la prueba

El apoyo social constituye un factor muy importante en la vida cotidiana de las personas que tienen que enfrentar situaciones muy complejas, como es el caso de los adolescentes con discapacidad motriz. Por tanto, el apoyo social es considerado como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales (Heller y Swindle, 1983). En este marco, Barrón (1996) se refiere a la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido. El apoyo social también es moderador de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Lin y Ensel, 1989).

Por su parte Lin, Dean y Ensel (1981) refieren que el apoyo social hace referencia a la ayuda a la que un sujeto puede acceder a través de los lazos sociales con otros sujetos, grupos y comunidad global. De ahí que, apoyado en el criterio de Londoño (2012), el estudio de esta variable analiza si la adaptación en el colegio de los adolescentes con discapacidad motriz está relacionada con situaciones elevadas de apoyo social o si éste es insuficiente.

El cuestionario MOS de apoyo social percibido evalúa los siguientes componentes: 1) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; 2) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; 3) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y 4) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto (Londoño, Rogers, Castilla, y Posada, 2012).

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El cuestionario MOS de apoyo social percibido está compuesto por 20 ítems y las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert de 5 puntos: nunca = 1, pocas veces = 2, algunas veces = 3, la mayoría de veces = 4, siempre = 5. Más que evaluar las condiciones relacionadas con la salud, evalúa el apoyo social percibido por las personas. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: a) emocional/informacional, b) instrumental, c) interacción social positiva y d) apoyo afectivo. Se aplica tanto en adolescentes como en adultos y el tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos.

Las puntuaciones directas se obtienen de los 4 factores MOS. En cada factor, la puntuación directa es la suma de las respuestas de la escala; el valor máximo posible a obtener en cada factor es: apoyo emocional/informacional 40 puntos, apoyo instrumental 20 puntos, interacción social positiva 20 puntos y apoyo efectivo 15 puntos. Para facilitar la corrección de los resultados los ítems se encuentran agrupados en cuatro factores como se muestra a continuación.

Tabla 26. Relación de ítems por cada factor de la escala de apoyo social

<i>Relación de ítems por cada factor de la escala</i>	
Factor	Ítems
Emocional/informacional	3,4,8,9,13,16,17,19
Apoyo instrumental	2,5,12,15
Interacción social positiva	7,11,14,18
Apoyo afectivo	6,10,20

Estudios psicométricos

Fiabilidad: Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroboró la consistencia de la prueba. La escala tuvo un índice de fiabilidad de alfa de Cronbach de .94 para el total de la misma, y en los factores el alfa osciló entre .92 y .73. La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue alta ($\alpha = .88$).

Validez: Teniendo en cuenta que la estructura de cuatro factores no mostró índices de bondad de ajuste suficientemente altos, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio, el cual mostró una estructura de tres dimensiones con un porcentaje de explicación de la varianza del 64,10%. La esfericidad de Barlett y el test de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvieron valores de 2143.58 ($p < .001$) y 0.918, respectivamente, lo cual valida la aplicación del análisis factorial exploratorio (AFE) a partir de la estructura de la matriz de correlaciones. El criterio de elección de los factores fue de seleccionar aquellos con valor propio mayor que 1. Los ítems que cargaban a cada dimensión fueron tenidos en cuenta si su carga factorial era superior a .40. Se empleó finalmente una rotación oblicua, ya que la rotación Varimax mantenía ítems con cargas factoriales a dos factores lo que no facilitaba su interpretación. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, la cual mostró índices de bondad de ajuste GFI=.805, AGFI=.752, RMSEA= .097, AIC=481,89, BIC=612,57.

6.2.7. Escala de resiliencia (RS. Wagnild y Young, 1993)

Descripción de la prueba

El término resiliencia es aplicado en diferentes contextos, para referirse a las capacidades que tienen los individuos para hacer frente a las adversidades. Grotberg (1995) ha definido la resiliencia como la capacidad de una persona para afrontar y superar las adversidades que acontecen en su vida y alude a factores ambientales y personales. Por otro lado, Suriá (2012c y 2015b) respecto a la resiliencia, destaca que se trata de un factor de protección que tienen las personas ante situaciones difíciles de la vida, tales como ser diagnosticado y tratado con una enfermedad crónica, o la pérdida de un familiar querido. Además Barudy y Dantagnan (2013, p.56) afirman que “la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos”.

El alumnado con discapacidad motriz presenta dificultades para movilizarse, controlar la posición sedente, estar de pie, manipular objetos, comunicarse, inhibir emociones, etc. Esta condición implica cambios graves a nivel biológico, psicológico y social del individuo, que deberá asumir el proceso mismo de adaptación, y el aprendizaje requerido para la convivencia en constante contacto con su entorno (González, Astudillo y Hurtado, 2012; Suriá, 2012c).

La prueba evalúa de cinco dimensiones: 1) Satisfacción personal: comprender el significado de la vida y como se contribuye a esta; 2) Ecuanimidad: denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad; 3) Sentirse bien solo: nos da el significado de libertad y que somos únicos e importantes; 4) Confianza en sí mismo: habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades; y 5) Perseverancia: persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

La aplicación tiene por objetivo identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Es aplicada tanto en adolescentes como en adultos y el tiempo de aplicación es de 25 a 30 minutos. Los factores en los que se agrupan los ítems son: satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia.

El instrumento consta de 25 ítems; hace referencia a los aspectos positivos de las personas y mide la capacidad resiliente del individuo. Los 25 ítems se presentan en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: totalmente en desacuerdo = 1, bastante en desacuerdo = 2, en desacuerdo = 3, medianamente en desacuerdo = 4, de acuerdo = 5, bastante de acuerdo = 6, totalmente de acuerdo = 7.

Las puntuaciones directas se obtienen de los 5 factores resilientes. En cada factor, la puntuación directa es la suma de las respuestas de la escala; el valor máximo posible a obtener en cada factor es: satisfacción personal 28 puntos, ecuanimidad 28 puntos, sentirse bien solo 21 puntos, confianza en sí mismo 49 puntos y perseverancia 49 puntos.

Tabla 27. Relación de ítems por cada factor de la escala de resiliencia

<i>Relación de ítems por cada factor de la escala de resiliencia</i>	
Factor	Ítems
<i>Satisfacción personal</i>	16,21,22,25
<i>Ecuanimidad</i>	7,8,11,12
<i>Sentirse bien solo</i>	5,3,19
<i>Confianza en sí mismo</i>	6,9,10,13,17,18,24
<i>Perseverancia</i>	1,2,4,14,15,20,23

Estudios psicométricos

Fiabilidad: La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Novella, 2002). El año 2004, se realizó una nueva adaptación de la escala de resiliencia por un grupo de profesionales de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Esta adaptación fue realizada con una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la Unidad de Gestión Educativa Local 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .83. La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue alta ($\alpha = .90$). Además, con el método test-retest, la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de .67 a .84, es decir, altas.

Validez: La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la Escala de Resiliencia con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores: La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -.36$, satisfacción de vida, $r = .59$; moral, $r = .54$; salud, $r = .50$; autoestima, $r = .57$; y percepción al estrés, $r = -.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

6.2.8. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE, Sandín y Chorot 2003)

Descripción de la prueba

En términos generales, el concepto de «afrentamiento» del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, 1995).

El afrontamiento al estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la Psicología clínica y la Psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud (Galán, Pérez, y Blanco 2000; Fernández y Díaz, 2001; Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1994).

El cuestionario está diseñado para evaluar los siguientes estilos básicos de afrontamiento: 1) Focalizado en la solución del problema: considerado un tipo de afrontamiento positivo ya que la persona busca alternativas para la solución de su problema, aunque en algunas ocasiones no sean las adecuadas; 2) Autofocalización negativa: este tipo de afrontamiento es considerado negativo debido a que la persona enfoca la solución al estrés en sí mismo pero de forma dañina; 3) Reevaluación positiva: Afrontamiento positivo ya que la persona analiza la situación no sólo una vez, sino varias veces y de forma racional; 4) Expresión emocional abierta: la persona muestra abiertamente lo que siente a otros, esto es considerado positivo ya que se manifiesta abiertamente la emoción por la que se está atravesando; 5) Evitación: tipo de afrontamiento negativo ya que la persona no busca soluciones, sino que evita pensar en ello evadiendo enfrentarse al problema directamente y en ocasiones se apoya indirectamente en el alcohol, drogas, relaciones destructivas, etc. 6) Búsqueda de apoyo social: afrontamiento positivo debido a que la persona busca compartir y sentirse apoyada por su red social en los momentos estresantes de su vida; y 7) Religión: afrontamiento positivo debido a que la persona encuentra apoyo y bienestar en este tipo de ayuda (Acedo, Lara, Martínez, y Tinajero, 2015)

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de autoinforme, consta de 42 ítems y de una escala tipo Likert de 0 a 4 donde: nunca = 0, pocas veces = 1, a veces = 2, frecuentemente = 3, casi siempre = 4. Las puntuaciones directas se obtienen de los 7 factores del CAE. En cada factor, la puntuación directa es la suma de las respuestas de la escala; el valor máximo posible a obtener en cada factor es: focalizado en la solución del problema 24 puntos, autofocalización negativa 24 puntos, reevaluación positiva 24 puntos, expresión emocional abierta 24 puntos, evitación 24 puntos y búsqueda de apoyo social 24 puntos.

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Tabla 28. Distribución de los ítems por dimensión de afrontamiento del estrés

Distribución de los ítems por dimensión	
Ítems	Número
Focalizado en la solución del problema (FSP):	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.

El instrumento describe formas de pensar y comportamientos que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar se debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida la persona las ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Para contestar se rodea con un círculo el número que mejor represente el grado en que se empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, hay que tener en cuenta que esto no quiere decir que la persona piensa en un único

acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

Estudios psicométricos

Fiabilidad: La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes $> .85$ (niveles excelentes), las subescalas EEA, EVT y EEP presentan coeficientes entre $.71$ y $.76$, correspondiendo el coeficiente más bajo ($.64$) a la subescala ANF. Considerados conjuntamente, se puede decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si se tiene en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos. Aun cuando existen notables diferencias en la magnitud de las correlaciones en función de los ítems y las subescalas, en general las correlaciones tienden a ser entre moderadas y altas, lo que sugiere que los elementos representan apropiadamente a las subescalas correspondientes. Las correlaciones más altas corresponden a la subescala BAS (correlación media = $.77$), siendo las más bajas las relativas a la subescala ANF (correlación media = $.37$). La fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue alta ($\alpha = .87$).

Validez: El análisis factorial evidenció una estructura de dos factores, que representan los estilos de afrontamiento racional y focalizado en la emoción. Las mujeres informaron usar más las estrategias de afrontamiento que los varones. Se obtuvieron 7 claros factores que explican el 55,3% de la varianza total. Los autovalores iniciales correspondientes a estos 7 factores fueron, respectivamente, 8,3 (20,3% de la varianza), 4,6 (11,2%), 3,2 (7,8%), 2,2 (5,3%), 1,9 (4,7%), 1,4 (3,2%) y 1,2 (2,8%). Las correlaciones más altas se dan con el factor focalizado en la solución del problema, el cual correlaciona de forma moderada con búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre $.64$ y $.92$, con una media de $.79$.

6.2.9. Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales. Escala de bullying (Garaigordobil, 2013)

Descripción de la prueba

El Test Cyberbullying es un instrumento de evaluación estandarizado que contiene dos escalas. La escala de Bullying evalúa 4 tipos de acoso presencial o “cara a cara”: físico, verbal, social y psicológico. Contiene 12 ítems, agrupados en torno al rol que se desempeña en la situación de agresión: víctima, agresor y observador. La respuesta a los ítems es triangular, ya que cada persona evaluada responderá si ha sufrido esas conductas como víctima, si las ha realizado como agresor, y si las ha visto realizar a otros o ha sabido que le han sucedido a alguien conocido.

La escala de Cyberbullying evalúa 15 conductas de cyberbullying (enviar mensajes ofensivos e insultantes, hacer llamadas ofensivas, grabar una paliza y colgar el vídeo en YouTube, difundir fotos o vídeos comprometidos, hacer fotos robadas y difundirlas, hacer llamadas anónimas para asustar, chantajear o amenazar, acosar sexualmente, difundir rumores, secretos y mentiras, robar la contraseña de acceso al correo..., trucar fotos o vídeos y subirlos a YouTube, aislar en las redes sociales, chantajear para no divulgar cosas íntimas, amenazar de muerte, y difamar diciendo mentiras para desprestigiar). La escala contiene 45 ítems, agrupados en torno al rol que se desempeña en la situación de agresión: cybervíctima, cyberagresor y cyberobservador. La respuesta a los ítems es triangular, ya que cada persona evaluada responderá si ha sufrido esas conductas como víctima, si las ha realizado como agresor, y si las ha visto realizar a otros o ha sabido que le han sucedido a alguien conocido. Lo prioritario es la identificación de conductas, con independencia del medio con el que se llevan a cabo (internet, móvil...).

En este estudio con estudiantes con discapacidad motriz únicamente se ha utilizado la escala de bullying y dentro de ella la parte referida a victimización.

Procedimiento de aplicación corrección e interpretación

El Test Cyberbullying se puede administrar de forma individual y colectiva, con sujetos en edades entre 12 a 18 años y el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. El adulto lee las instrucciones de la escala de bullying, y posteriormente los adolescentes y jóvenes informan de la frecuencia con la que han sufrido, realizado y observado, conductas de bullying físico, verbal, social y psicológico, durante el último año. La prueba permite obtener puntuaciones percentiles tanto en la escala bullying como en la escala de cyberbullying en los 4 indicadores o índices:

- *Nivel de victimización*: informa de la cantidad de conductas de victimización que la persona evaluada ha sufrido en el último año (rol víctima).
- *Nivel de perpetración*: informa de la cantidad de conductas agresivas, de acoso, que la persona evaluada ha realizado hacia otros en el último año o (rol agresor).
- *Nivel de observación*: informa de la cantidad de conductas agresivas, de acoso, que la persona evaluada ha observado ejecutar a otros o ha sabido que una persona que conoce las sufre o ha sufrido durante el último año (rol observador).
- *Nivel de victimización agresiva*: integra el nivel de victimización y el nivel de perpetración e informa de la cantidad de conductas de acoso que se sufren como víctima y también que se realizan como agresor.

La puntuación directa se obtiene sumando los puntos asignados a los ítems de las escalas de victimización, perpetración, observación respectivamente. Complementariamente el nivel de victimización agresiva se obtiene sumando los puntos de victimización y perpetración.

Estudios Psicométricos de la escala de Bullying

Fiabilidad: Los coeficientes alpha de Cronbach en la escala global (12 ítems) confirman una consistencia interna adecuada ($\alpha = .81$). Un estudio de fiabilidad test-retest, con una muestra de 176 adolescentes de 12 a 16 años, a los que se les administró el test con un intervalo temporal de 3 meses, y los coeficientes de correlación parcial,

controlando el efecto del sexo y la edad, evidenciaron adecuada estabilidad temporal, habiendo obtenido correlaciones significativas en los 3 factores o roles: nivel de victimización de bullying ($r = .18, p = .017$); nivel de perpetración de bullying ($r = .20, p = .008$); y nivel de observación de bullying ($r = .29, p = .000$); lo que confirma la adecuada estabilidad temporal de la escala. Por otro lado, las intercorrelaciones entre los 4 indicadores de la escala (coeficientes de correlación parcial controlando el efecto del sexo y la edad) confirmaron relaciones significativas entre los 4 indicadores. La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio para el conjunto de las variables de bullying fue adecuada ($\alpha = .75$).

Validez: En primer lugar, se examinó la dimensionalidad de la escala mediante un análisis de componentes principales. El índice KMO mostró un valor de 0,79, que puede considerarse adecuado, y el test de Bartlett resultó estadísticamente significativo, $\chi(66) = 11634,93, p < .001$. Como método de rotación de la matriz factorial se efectuó una rotación varimax. Ateniéndonos al criterio de extracción de factores de Kaiser se obtienen 3 factores con valores propios superiores a la unidad, que explican el 57,89% de la varianza total. El primer factor está configurado con los ítems del rol de observador de conductas agresivas sociales, psicológicas, verbales y físicas. El segundo factor gira en torno al rol del agresor que ejecuta conductas agresivas psicológicas, sociales, verbales y físicas. Finalmente, el tercer factor contiene los ítems que hacen referencia al rol de víctima, es decir, los ítems de victimización social, psicológica, verbal y física. Estos datos confirman una estructura factorial de la escala de bullying adecuada.

Además, otros estudios de validez han confirmado correlaciones positivas entre victimización y uso de estrategias de resolución agresiva, pasiva y cooperativa de conflictos, neuroticismo, conducta antisocial, diversos problemas de conducta evaluados por los progenitores (problemas escolares, conducta antisocial, timidez-retraimiento, trastornos psicopatológicos, trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos), y con un estilo de educación parental coercitivo. También se encontraron correlaciones negativas entre victimización y extraversión, amabilidad, responsabilidad, autoestima, adaptación social global evaluada por los progenitores y el nivel de aceptación por parte del padre.

En relación a los agresores, a los perpetradores de las conductas de acoso, los coeficientes obtenidos han evidenciado relaciones significativas positivas con resolución

agresiva de conflictos, neuroticismo, conducta antisocial (autoevaluada), diversos problemas de conducta evaluados por los progenitores (problemas escolares, conducta antisocial, trastornos psicopatológicos, trastornos psicosomáticos), y con coerción como estilo de educación parental. Además, también se hallaron correlaciones negativas entre perpetrar agresiones a otros y empatía, amabilidad, responsabilidad, autoestima, regulación emocional, adaptación social, y grado de aceptación del hijo por parte del padre y la madre.

6.2.10. Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Derogatis, 2002)

Descripción de la prueba

De acuerdo al criterio de Derogatis (2002), el instrumento está diseñado para evaluar las siguientes nueve dimensiones de síntomas definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos:

- 1) Somatizaciones: evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).
- 2) Obsesiones y compulsiones: incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre. Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- 3) Sensibilidad interpersonal: se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- 4) Depresión: los ítems que integran esta subescala significan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza o ideaciones suicidas.
- 5) Ansiedad: evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

- 6) Hostilidad: esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.
- 7) Ansiedad fóbica: este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
- 8) Ideación paranoide: evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente desórdenes del pensamiento, tales como, pensamiento proyectivo, suspicacia o temor a la pérdida de autonomía.
- 9) Psicoticismo: Esta dimensión incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

El instrumento consta de siete ítems adicionales que no están considerados en las dimensiones descritas.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

El cuestionario consta de 90 ítems y requiere un tiempo entre 12 y 20 minutos para la administración. Se aplica en adultos y adolescentes y tiene como objetivo determinar la presencia de síntomas psicosociales y psicopatológicos. El paciente contesta a cada ítem según una escala donde nada = 0, muy poco = 1, poco = 2, bastante = 3, mucho = 4 y en función del malestar que haya experimentado durante la semana anterior, incluyendo el día en que se completa el cuestionario.

Para obtener las puntuaciones directas de cada escala, se suman los valores de los ítems y se divide entre el número de ítems que hay en esa escala. El índice sintomático general, medida del “sufrimiento” global, se obtiene dividiendo la suma de todos los valores entre el número total de ítems. El total de síntomas positivos, es igual al número de ítems con valor diferente a 0, e indica la amplitud y diversidad de psicopatología. El índice de distrés por síntomas positivos, se obtiene dividiendo la suma de los valores de todos los ítems entre el total de síntomas positivos.

Tabla 29. Distribución de los ítems por dimensión de síntomas psicopatológicos

Escalas	Ítems
Somatizaciones	1 – 4 – 12 – 27 – 40 – 42 – 48 – 49 – 52 – 53 – 56 – 58
Obsesiones y compulsiones	3 – 9 – 10 – 28 – 38 – 45 – 46 – 51 – 55 – 65
Sensibilidad interpersonal	6 – 21 – 34 – 36 – 37 – 41 – 61 – 69 – 73
Depresión	5 – 14 – 15 – 20 – 22 – 26 – 29 – 30 – 31 – 32 – 54 – 71 – 79
Ansiedad	2 – 17 – 23 – 33 – 39 – 57 – 72 – 78 – 80 – 86
Hostilidad	11 – 24 – 63 – 67 – 74 – 81
Ansiedad fóbica	13 – 25 – 47 – 50 – 70 – 75 – 82
Ideación paranoide	8 – 18 – 43 – 68 – 76 – 83
Psicoticismo	7 – 16 – 35 – 62 – 77 – 84 – 85 – 87 – 88 – 90
Ítems adicionales	19 - 44 - 59 - 60 - 64 - 66 - 89

Estudios psicométricos

Fiabilidad: Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las nueve dimensiones primarias y el GSI son los siguientes: Somatización (.84), Obsesiones y Compulsiones (.80), Sensibilidad interpersonal (.82), Depresión (.88), Ansiedad (.83), Hostilidad (.76), Ansiedad fóbica (.69), Ideación paranoide (.74), Psicoticismo (.75) y GSI (.97). La fiabilidad (alpha de Cronbach) obtenida con la muestra de este estudio fue muy alta ($\alpha = .96$).

Validez: Estructura factorial de la escala: los índices de adecuación muestral indican la adecuación de los datos para la realización del análisis factorial (índice Kaiser-Meyer-Olkin= .965; prueba de esfericidad de Barlett = .001). El análisis de componentes principales llevado a cabo a través del método de rotación ortogonal proporciona 10 factores que explican el 58% de la varianza.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

En este capítulo, primero se presentan los resultados relativos a la percepción del profesorado sobre la inclusión e integración del alumnado con discapacidad motriz, explorando también si existen diferencias en esta percepción en función del sexo y la edad de los y las docentes. Para valorar el grado de inclusión e integración que percibe el profesorado se han llevado a cabo análisis descriptivos (frecuencias y porcentajes) de las respuestas dadas al cuestionario de inclusión-Bristol (cultura, políticas y prácticas inclusivas), y de las respuestas aportadas en el cuestionario de integración (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente). Además, se han elaborado los baremos para ambos instrumentos que permiten clarificar el porcentaje de docentes que opina que el nivel de inclusión e integración es bajo. Complementariamente, para analizar si existen diferencias en esta percepción en función del sexo y la edad de los y las docentes se realizan análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas), de varianza y del tamaño del efecto, con las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios cumplimentados por el profesorado.

Posteriormente, con la finalidad de analizar si existen diferencias significativas en diversas características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicas entre el alumnado con y sin discapacidad se realizan análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas), de varianza y del tamaño del efecto con las puntuaciones obtenidas en todos los instrumentos utilizados para medir las variables objeto de estudio (autoestima, empatía, conducta social, apoyo social percibido, resiliencia, afrontamiento del estrés, bullying, y síntomas psicopatológicos) en ambas condiciones (con y sin discapacidad).

Finalmente, tomando el alumnado con discapacidad motriz como unidad de análisis, se explora si existen diferencias en características psicosociales, de personalidad y en síntomas psicopatológicos en función del sexo, la edad, el grado de discapacidad (leve, moderado, grave), y las causas de la discapacidad (congénita, hereditaria, adquirida), realizando análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas), inferenciales (análisis de varianza), y del tamaño del efecto con las puntuaciones obtenidas en cada variable evaluada en los y las estudiantes con discapacidad.

7.1. INDICADORES DE INCLUSIÓN: PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO

7.1.1. Percepción del profesorado del nivel de inclusión de los estudiantes con discapacidad motriz

Con la finalidad de analizar los resultados obtenidos en el cuestionario de indicadores de inclusión-Bristol, en primer lugar, se realiza un análisis de frecuencias y porcentajes de las respuestas dadas por el profesorado a cada categoría de la escala Likert utilizada (completamente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, necesito más información), en las tres escalas o factores de la prueba, cuyos resultados se presentan en la Tabla 30. Posteriormente, se calculan las frecuencias y porcentajes de docentes en cada puntuación directa total de las tres escalas de prueba (ver Tabla 31). Además se han realizado baremos para evidenciar la distribución de las puntuaciones directas en puntuaciones percentiles, cuyos resultados se presentan en la Tabla 32.

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes de respuestas en el cuestionario de indicadores de inclusión-Bristol

Items del Cuestionario	Completamente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Necesito más información	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Culturas inclusivas								
1	40	40	45	45	15	15	0	0
2	33	33	61	61	6	6	0	0
3	45	45	51	51	4	4	0	0
4	35	35	57	57	7	7	1	1
5	31	31	52	52	14	14	3	3
6	39	39	45	45	12	12	4	4
7	19	19	41	41	26	26	14	14
8	37	37	52	52	10	10	1	1
9	43	43	41	41	10	10	6	6
10	63	63	29	29	4	4	4	4
11	58	58	36	36	4	4	2	2
12	50	50	37	37	10	10	3	3
13	64	64	31	31	5	5	0	0
Políticas inclusivas								
14	40	40	46	46	12	12	2	2
15	53	53	42	42	5	5	0	0
16	52	52	44	44	1	1	3	3
17	44	44	40	40	13	13	3	3
18	56	56	37	37	5	5	2	2
19	43	43	45	45	8	8	4	4
20	39	39	45	45	13	13	3	3
21	46	46	44	44	8	8	2	2
22	56	56	38	38	3	3	3	3
23	43	43	47	47	7	7	3	3
24	39	39	42	42	10	10	9	9
25	41	41	46	46	9	9	4	4
26	29	29	43	43	21	21	7	7
27	35	35	49	49	12	12	4	4
28	40	40	52	52	6	6	2	2
Prácticas inclusivas								
29	48	48	46	46	6	6	0	0
30	60	60	35	35	5	5	0	0
31	58	58	37	37	4	4	1	1
32	52	52	41	41	7	7	0	0
33	47	47	39	39	14	14	0	0
34	55	55	34	34	10	10	1	1
35	58	58	40	40	2	2	0	0
36	58	58	36	36	6	6	0	0
37	66	66	30	30	3	3	1	1

Capítulo 7

Items del Cuestionario	Completamente de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Necesito más información	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
38	51	51	41	41	5	5	3	3
39	41	41	40	40	13	13	6	6
40	37	37	43	43	17	17	3	3
41	42	42	43	43	9	9	6	6
42	35	35	49	49	8	8	8	8
43	52	52	39	39	5	5	4	4
44	51	51	43	43	4	4	2	2
45	47	47	45	45	6	6	2	2

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de docentes en cada puntuación directa total en las tres escalas (cultura, políticas y prácticas inclusivas) del cuestionario de indicadores de inclusión-Bristol

Cultura Inclusiva			Políticas Inclusivas			Prácticas Inclusivas		
P. Directa	f	%	P. Directa	f	%	P. Directa	f	%
23	1	1	30	1	1	31	1	1
25	1	1	31	1	1	37	1	1
29	1	1	32	1	1	41	1	1
30	2	2	33	1	1	43	1	1
33	1	1	34	1	1	45	3	3
35	1	1	35	1	1	46	2	2
37	11	11	36	1	1	47	1	1
38	4	4	37	1	1	48	2	2
39	4	4	39	1	1	49	1	1
40	8	8	40	2	2	50	6	6
41	10	10	42	3	3	51	5	5
42	4	4	43	3	3	52	4	4
43	6	6	44	9	9	53	2	2
44	6	6	45	1	1	54	3	3
45	9	9	46	2	2	55	4	4
46	5	5	47	4	4	56	6	6
47	6	6	48	9	9	57	3	3
48	3	3	49	7	7	58	3	3
49	6	6	50	5	5	59	4	4
50	5	5	51	7	7	60	5	5
51	3	3	52	4	4	61	6	6
52	3	3	53	5	5	63	4	4
			54	3	3	64	12	12
			55	6	6	65	3	3
			56	7	7	66	7	7
			57	5	5	67	2	2
			58	2	2	68	8	8
			59	2	2			
			60	5	5			

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje.

Tabla 32. Baremos del Cuestionario de Indicadores de Inclusión-Bristol: distribución de las puntuaciones directas y transformación en percentiles

Puntuación Percentil	Culturas Inclusivas	Políticas Inclusivas	Prácticas Inclusivas
	Puntuación Directa		
1	23	30	31
5	30	34	45
10	37	40	47
15	37	43	50
20	38	44	51
25	39	44	52
30	40	47	53
35	41	48	55
40	41	48	56
45	42	49	57
50	43	50	59
55	44	51	60
60	45	51	61
65	45	52	63
70	46	53	64
75	47	55	64
80	48	56	65
85	49	56	66
90	50	57	67
95	51	59	68
99	52	60	68
N	100	100	100
Media	42,54	49,21	57,60
Desviación Típica	5,71	6,98	7,76

Como se puede observar en las tablas 30, 31 y 32 y en el gráfico 12, los resultados en relación a la adaptación de los estudiantes con discapacidad motriz asociada a los 3 indicadores de inclusión (cultura inclusiva, política inclusiva y prácticas inclusivas), los docentes consideran lo siguiente:

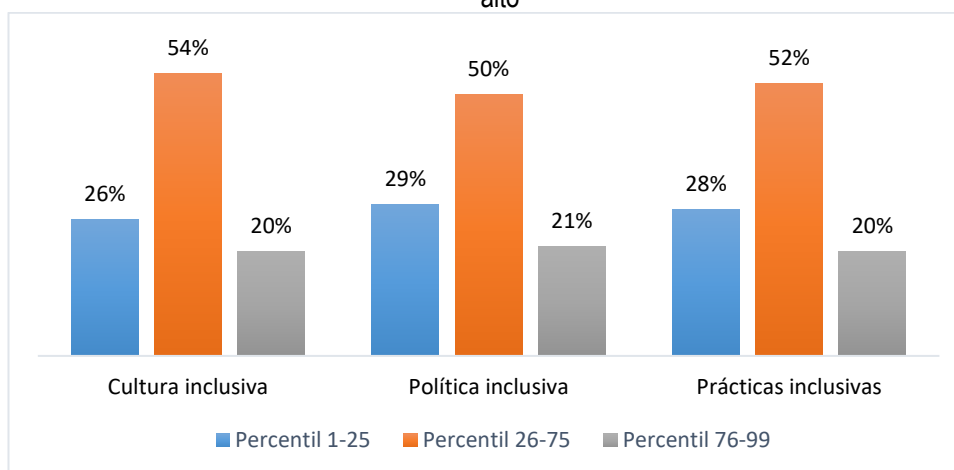
En la variable *cultura inclusiva*, el 26% del profesorado percibe que la cultura inclusiva de los estudiantes con discapacidad es baja (percentil 1-25), el 54% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-75), mientras que el 20% percibe que la cultura inclusiva es alta en relación a los estudiantes con discapacidad (percentil 76-99). Por consiguiente, un 26% del profesorado considera que el alumnado con discapacidad motriz está inscrito en una cultura poco inclusiva, es decir, una cultura en la que hay un bajo nivel de valores, creencias, normas y actitudes para promover el respeto, valorar las diferencias y desarrollar comunidades educativas inclusivas.

En la variable *política inclusiva*, el 29% del profesorado percibe que la política inclusiva de los estudiantes con discapacidad es baja (percentil 1-25), el 50% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-75), mientras que el 21% percibe que la política inclusiva es alta en relación a los estudiantes con discapacidad (percentil 76-99). Por lo tanto, un 29% del profesorado consideran que el alumnado con discapacidad motriz está inscrito en centros con políticas poco inclusivas, es decir, poco centradas en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales (por ejemplo, barreras arquitectónicas, apoyo social...) y poco orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación inclusiva.

En la variable *prácticas inclusivas*, el 28% del profesorado percibe que las prácticas inclusivas del alumnado con discapacidad son bajas (percentil 1-25), el 52% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-74), mientras que el 20% percibe que las prácticas inclusivas de los y las estudiantes con discapacidad son altas (percentil 76-99). Estos datos ponen de relieve que un 28% del profesorado piensa que el alumnado con discapacidad motriz estudia en centros con un bajo nivel de prácticas inclusivas, es decir, esos centros llevan a cabo pocas actividades escolares y extraescolares cooperativas que favorezcan la inclusión y la participación del alumnado con discapacidad motriz, lo que afectará a su adaptación global.

En síntesis, casi un tercio de los y las docentes perciben que la inclusión del alumnado con discapacidad motriz es baja o muy baja (cultura 26%, políticas 29%, prácticas 28%), en lo que se refiere a los 3 indicadores respectivamente (cultura inclusiva, política inclusiva y prácticas inclusivas).

Gráfico 12. Culturas, Políticas y prácticas inclusivas: distribución de docentes en los niveles bajo, medio y alto



7.1.2. Percepción del profesorado del nivel de inclusión de los y las estudiantes con discapacidad motriz en función del sexo y la edad

Con la finalidad de analizar si existen diferencias en función del sexo y la edad del profesorado en relación a los indicadores de inclusión, se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) e inferenciales (de varianza multivariantes y univariantes). Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función del sexo, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,953$, $F(3, 96) = 1,59$, $p = .195$ (tamaño del efecto pequeño, $\eta^2 = 0,047$, $r = 0,21$). Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables evidencian que no existen diferencias significativas en función de la edad, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,992$, $F(3, 96) = 0,25$, $p = .855$ (tamaño del efecto muy pequeño, $\eta^2 = 0,008$, $r = 0,08$). Los resultados de los análisis de varianza univariantes en función del sexo y la edad se presentan en la Tabla 33 y en los gráficos 13 y 14.

Tabla 33. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (*d* de Cohen) en indicadores de inclusión en función del sexo y la edad

	Varones (<i>n</i> =43)	Mujeres (<i>n</i> =57)	Edad 24-44	Edad 45-64	F (<i>p</i>) sexo	<i>d</i>	F (<i>p</i>) edad	<i>D</i>
	<i>M</i> (<i>Dt</i>)	<i>M</i> (<i>Dt</i>)	<i>M</i> (<i>Dt</i>)	<i>M</i> (<i>Dt</i>)				
Culturas Inclusivas	42,23 (5,58)	42,77 (5,84)	42,31 (5,67)	43,03 (5,85)	0,21 (.643)	-.09	0,34 (.558)	-.12
Políticas Inclusivas	47,98 (7,37)	50,14 (6,58)	49,13 (7,22)	49,37 (6,56)	2,38 (.126)	-.30	0,02 (.872)	-.03
Prácticas Inclusivas	57,26 (8,25)	57,86 (7,43)	57,68 (7,72)	57,44 (7,96)	0,14 (.702)	-.07	0,02 (.887)	.03

Gráfico 13. Medias en indicadores de inclusión en función del sexo

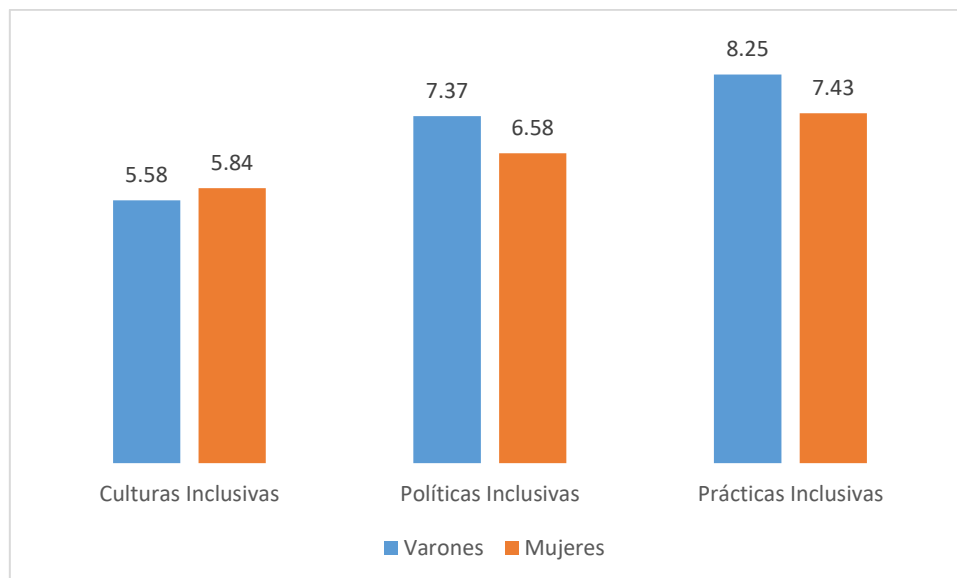
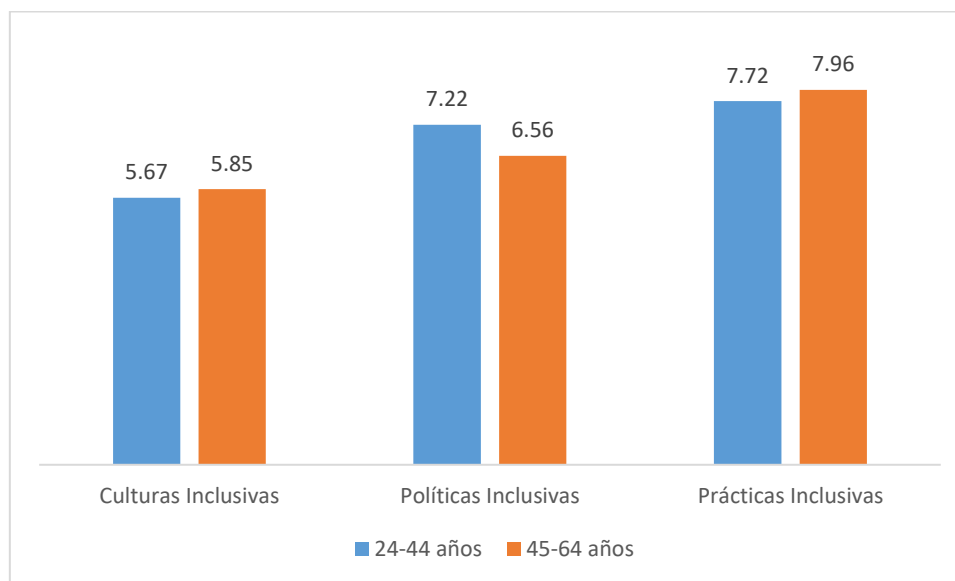


Gráfico 14. Medias en indicadores de inclusión en función de la edad



Como se puede observar en la Tabla 33, en los tres indicadores de inclusión (culturas inclusivas, políticas inclusivas y prácticas inclusivas) evaluados por el profesorado no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres ni entre los grupos de edad, es decir, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo o la edad del docente.

7.2. INDICADORES DE INTEGRACIÓN: PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO

7.2.1. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz

Con la finalidad de analizar los resultados obtenidos en el cuestionario de integración, en primer lugar, se realiza un análisis de frecuencias y porcentajes de las respuestas dadas por el profesorado a cada categoría de la escala Likert utilizada (1 nada de acuerdo, 2 = poco de acuerdo, 3 = algo de acuerdo, 4 = bastante de acuerdo, y 5 = totalmente de acuerdo), en las tres escalas o factores de la prueba, cuyos resultados se presentan en la Tabla 34. Posteriormente, se calculan las frecuencias y porcentajes de los y las docentes en cada puntuación directa total de las tres escalas de la prueba (ver Tabla 35). Además se han realizado baremos para evidenciar la distribución de las

puntuaciones directas en puntuaciones percentiles, cuyos resultados se presentan en la Tabla 36.

Tabla 34. Frecuencias y porcentajes de respuesta en el cuestionario de integración

Items	Totalmente de acuerdo		Bastante de acuerdo		Algo de acuerdo		Poco de acuerdo		Nada de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Inquietud Docente										
1	1	1	1	1	7	7	7	7	84	84
2	2	2	3	3	7	7	26	26	62	62
3	0	0	2	2	12	12	33	33	53	53
4	2	2	5	5	10	10	25	25	58	58
5	3	3	5	5	2	2	15	15	75	75
6	1	1	3	3	3	3	5	5	88	88
7	1	1	2	2	3	3	15	15	79	79
8	0	0	4	4	3	3	21	21	72	72
Iguales ante la Discapacidad										
9	1	1	6	6	9	9	17	17	67	67
10	3	3	5	5	17	17	22	22	53	53
11	2	2	4	4	16	16	19	19	59	59
12	4	4	9	9	4	4	23	23	60	60
13	7	7	8	8	6	6	16	16	63	63
14	2	2	10	10	10	10	17	17	61	61
15	5	5	7	7	8	8	27	27	53	53
16	5	5	6	6	7	7	23	23	59	59
17	35	35	10	10	7	7	14	14	34	34
Formación Docente										
18	2	2	2	2	5	5	19	19	72	72
19	0	0	4	4	2	2	14	14	80	80
20	23	23	17	17	19	19	20	20	21	21
21	21	21	16	16	17	17	15	15	31	31
22	4	4	3	3	14	14	21	21	58	58
23	5	5	7	7	12	12	22	22	54	54

Notas: Inquietud Docente = Percepción de la inquietud por tener alumnado con discapacidad; Iguales ante la Discapacidad = Que percibe el profesorado de la actitud del alumnado hacia los compañeros con discapacidad; Formación Docente = Percepción del profesorado sobre su falta de preparación para atender a los alumnos con discapacidad.

Tabla 35. Frecuencias y porcentajes de docentes en cada puntuación directa total en las tres escalas (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente) del cuestionario de integración

Inquietud Docente			Iguales ante la Discapacidad			Formación Docente		
P. Directa	f	%	P. Directa	f	%	P. Directa	f	%
8	30	30	9	10	10	6	11	11
9	16	16	10	5	5	7	5	5
10	10	10	11	6	6	8	5	5
11	11	11	12	6	6	9	10	10
12	9	9	13	10	10	10	9	9
13	3	3	14	12	12	11	7	7
14	1	1	15	2	2	12	9	9
15	5	5	16	7	7	13	5	5
16	5	5	17	7	7	14	14	14
17	3	3	18	4	4	15	4	4
18	1	1	19	1	1	16	7	7
19	1	1	20	3	3	17	4	4
25	1	1	21	5	5	18	3	3
27	1	1	23	5	5	19	3	3
28	1	1	24	1	1	23	2	2
32	1	1	25	2	2	26	2	2
35	1	1	26	2	2			
			27	2	2			
			28	1	1			
			29	2	2			
			30	3	3			
			32	2	2			
			33	1	1			
			36	1	1			

Notas: Inquietud Docente = Percepción de la inquietud por tener alumnado con discapacidad; Iguales ante la Discapacidad = Que percibe el profesorado de la actitud del alumnado hacia los compañeros con discapacidad; Formación Docente = Percepción del profesorado sobre su falta de preparación para atender a los alumnos con discapacidad.

Tabla 36. Baremos del Cuestionario de Integración: distribución de las puntuaciones directas y transformación en percentiles

Puntuación Percentil	Inquietud Docente	Iguals ante la Discapacidad	Formación Docente
	Puntuación Directa		
1	8	9	6
5	8	9	6
10	8	9	6
15	8	10	7
20	8	11	8
25	8	12	9
30	9	13	10
35	9	13	10
40	9	14	10
45	9	14	11
50	10	15	12
55	10	16	12
60	11	17	13
65	11	18	14
70	12	19	14
75	12	21	15
80	14	23	16
85	15	25	16
90	16	28	18
95	24	30	19
99	35	36	26
N	100	100	100
Media	11,56	16,97	12,16
Desviación Típica	5,05	6,62	4,41

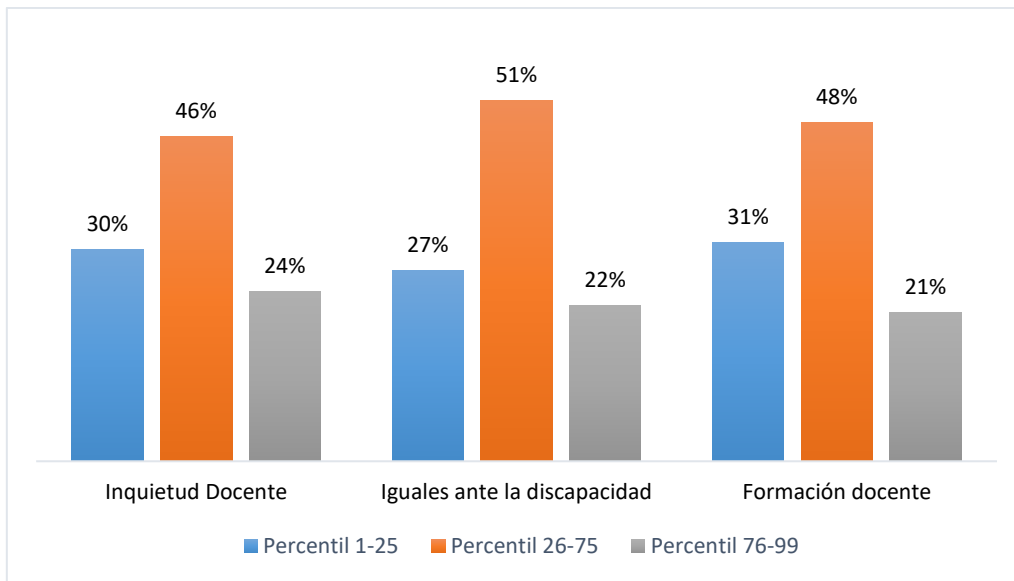
Notas: Inquietud Docente = Percepción de la inquietud por tener alumnado con discapacidad; Iguals ante la Discapacidad = Que percibe el profesorado de la actitud del alumnado hacia los compañeros con discapacidad; Formación Docente = Percepción del profesorado sobre su falta de preparación para atender a los y las estudiantes con discapacidad.

En relación a la percepción del profesorado sobre la integración del alumnado con discapacidad motriz, los resultados obtenidos (ver Tablas 34, 35 y 36 y gráfico 15) muestran que:

- (1) En la variable *inquietud docente*, el 30% del profesorado manifiesta un bajo nivel de inquietud por tener alumnado con discapacidad (percentil 1-25), el 46% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-75), mientras que el 24% tiene un alto nivel de inquietud por tener alumnado con discapacidad (percentil 76-99).
- (2) En la variable *iguales ante la discapacidad*, el 27% del profesorado considera que existe un bajo nivel de conflicto en las interacciones entre estudiantes con y sin discapacidad motriz, es decir, perciben conductas y actitudes positivas de los estudiantes sin discapacidad hacia los de discapacidad; el 51% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-75), mientras que el 22% del profesorado percibe conductas y actitudes negativas de los estudiantes sin discapacidad hacia los de discapacidad, es decir, observan problemas de interacción entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz (percentil 76-99).
- (3) En la variable *formación docente*, el 31% del profesorado considera que está bien preparado para atender a los estudiantes con discapacidad motriz (percentil 1-25), el 48% obtiene puntuaciones promedio (percentil 26-74), mientras que el 21% no se siente suficientemente preparado para atender al alumnado con discapacidad motriz (percentil 76-99).

En síntesis, casi 1/4 del profesorado perciben un bajo nivel de integración entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz en la escuela. Dar clase a alumnado con discapacidad motriz es una fuente de inquietud para ellos (24%), perciben que no están preparados docentemente para atender a este colectivo de estudiantes (21%) y observan problemas de convivencia e interacción entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz (22%).

Gráfico 15. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz



7.2.2. Percepción del profesorado del nivel de integración de los y las estudiantes con discapacidad motriz en función del sexo y la edad

Con la finalidad de analizar si existen diferencias en función del sexo y la edad de los y las docentes en los indicadores de integración, se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) e inferenciales (de varianza multivariantes y univariantes). Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función del sexo, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,985$, $F(3, 96) = 0,48$, $p = .696$ (tamaño del efecto muy pequeño, $\eta^2 = 0,015$, $r = 0,12$). Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función de la edad, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,945$, $F(3, 96) = 1,85$, $p = .142$ (tamaño del efecto muy pequeño, $\eta^2 = 0,055$, $r = 0,23$). Los resultados de los análisis de varianza univariantes en función del sexo y la edad se presentan en la Tabla 37.

Tabla 37. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en indicadores de inclusión en función del sexo y la edad

	Varones (n=43)	Mujeres (n=57)	Edad 24-44	Edad 45-64	F (p) sexo	d	F (p) Edad	d
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)				
Inquietud Docente	11,58 (4,63)	11,54 (5,38)	12,22 (5,77)	10,16 (2,54)	0,00 (.971)	.00	3,73 (.056)	.46
Iguals ante la Discapacidad	17,33 (7,03)	16,70 (6,36)	17,96 (7,02)	14,88 (5,19)	0,21 (.644)	.09	4,88 (.029)	.49
Formación Docente	12,74 (4,58)	11,72 (4,27)	12,47 (4,55)	11,50 (4,10)	1,32 (.252)	.23	1,05 (.307)	.22

Gráfico 16. Medias en indicadores de inclusión en función del sexo

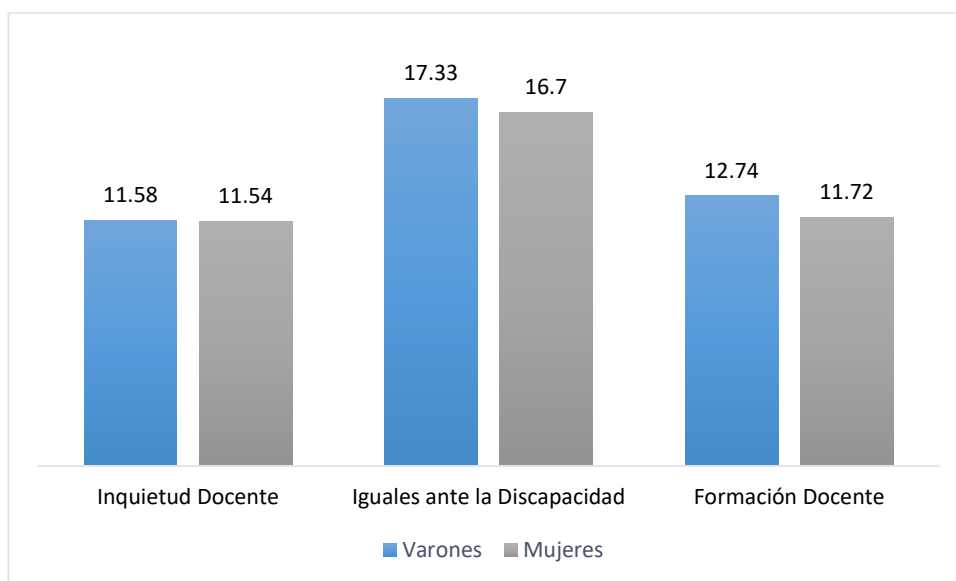
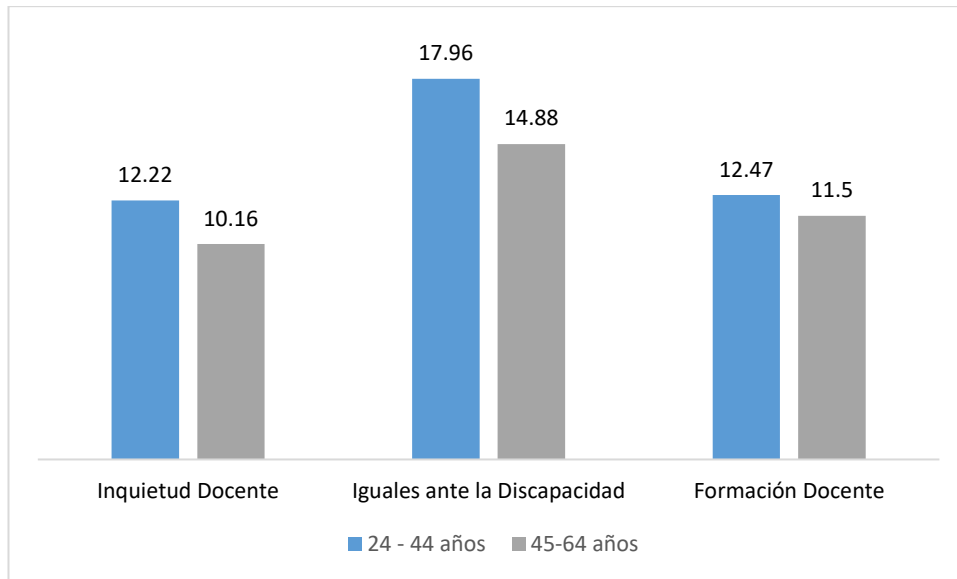


Gráfico 17. Medias en indicadores de inclusión en función de la edad



Como se puede observar en la Tabla 37, en los tres indicadores de integración (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. En el análisis en función de la edad, no se hallaron diferencias en inquietud y formación docente, sin embargo, sí se encontró que aquellos que tenían entre 24 y 44 años mostraban significativamente una percepción de mayores problemas de convivencia e interacción entre el alumnado con y sin discapacidad motriz, siendo el tamaño del efecto moderado.

7.3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN EL ALUMNADO CON Y SIN DISCAPACIDAD MOTRIZ

Con la finalidad de analizar las características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en el alumnado con discapacidad motriz, se realizó un análisis de varianza multivariante comparando las puntuaciones de los y las estudiantes de ambas condiciones (con y sin discapacidad) en las variables objeto de estudio. Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función de la condición (con o sin discapacidad motriz), Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,759$, $F(38, 161) = 1,34$, $p =$

.107. Los resultados de los análisis de varianza univariantes en función de la pertenencia a la condición con o sin discapacidad se presentan en la Tabla 38.

Tabla 38. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en las variables de estudio en los estudiantes con y sin discapacidad motriz

	Con Discapacidad (n=100) M (Dt)	Sin Discapacidad (n=100) M (Dt)	F (p) condición	D
RSE. Autoestima				
Autoestima	31,21 (5,67)	30,26 (4,82)	1,62 (.203)	.18
EQ. Empatía				
Capacidad de Empatía	16,79 (3,36)	17,13 (2,98)	0,57 (.450)	-.10
BAS3. Conducta Social				
Consideración con los demás	11,28 (2,43)	11,47 (2,02)	0,36 (.549)	-.08
Autocontrol en las relaciones sociales	10,46 (2,29)	10,36 (2,54)	0,08 (.770)	.04
Retraimiento social	3,79 (2,90)	2,98 (2,48)	4,50 (.035)	.30
Ansiedad social – Timidez	5,62 (2,67)	5,83 (2,49)	0,33 (.566)	-.08
Liderazgo	7,84 (2,49)	7,54 (2,53)	0,71 (.400)	.11
MOS. Apoyo social percibido				
Emocional/informacional	30,65 (7,97)	31,90 (6,49)	1,47 (.226)	-.17
Apoyo instrumental	16,85 (3,36)	16,59 (2,86)	0,37 (.542)	.08
Interacción social positiva	16,37 (3,86)	16,71 (2,86)	0,50 (.480)	-.10
Apoyo afectivo	36,26 (2,80)	13,33 (2,23)	0,03 (.846)	-.01
RS. Resiliencia				
Satisfacción personal	22,36 (4,90)	21,25 (5,36)	2,33 (.128)	.21
Ecuanimidad	19,49 (4,67)	19,30 (5,13)	0,07 (.785)	.03
Sentirse bien solo	15,78 (3,85)	15,31 (4,16)	0,68 (.409)	.11
Confianza en sí mismo	38,50 (6,37)	37,12 (8,26)	1,74 (.188)	.18
Perseverancia	40,07 (7,20)	39,08 (8,16)	0,73 (.392)	.12
CAE. Afrontamiento del estrés				
Focalizado en el problema	14,87 (5,73)	15,29 (5,15)	0,29 (.586)	-.07
Autofocalización negativa	10,61 (5,08)	10,64 (3,92)	0,00 (.963)	-.00
Reevaluación positiva	15,86 (5,29)	16,07 (4,39)	0,09 (.761)	-.04
Expresión emocional abierta	7,10 (4,32)	8,44 (4,59)	4,51 (.035)	-.30
Evitación	14,76 (5,29)	15,01 (4,58)	0,12 (.722)	-.05

	Con Discapacidad (n=100)	Sin Discapacidad (n=100)	F (ρ) condición	D
	<i>M (Dt)</i>	<i>M (Dt)</i>		
Búsqueda de apoyo social	14,83 (7,29)	16,06 (6,42)	1,60 (.206)	-.17
Religión	12,23 (6,72)	12,23 (6,84)	0,00 (1.00)	.00
Screening de acoso entre iguales				
Bullying: Nivel de victimización	1,40 (2,05)	1,35 (1,65)	0,03 (.850)	.02
Bullying: Nivel de agresión	0,54 (1,24)	1,05 (1,49)	6,89 (.009)	-.37
Bullying: Nivel de observación	3,93 (3,56)	4,31 (3,09)	0,64 (.422)	-.11
Bullying: Nivel de victimización-agresiva	1,94 (2,85)	2,40 (2,78)	1,33 (.250)	-.16
SCL-90-R. Síntomas Psicopatológicos				
Somatización	0,74 (0,67)	0,77 (0,68)	0,09 (.763)	-.04
Obsesión-Compulsión	1,13 (0,78)	1,14 (0,81)	0,00 (.930)	-.01
Sensibilidad Interpersonal	0,79 (0,66)	0,78 (0,65)	0,02 (.868)	.01
Depresión	0,69 (0,61)	0,71 (0,71)	0,06 (.806)	-.03
Ansiedad	0,98 (0,77)	0,93 (0,71)	0,23 (.629)	.06
Hostilidad	0,56 (0,65)	0,68 (0,78)	1,30 (.256)	-.16
Ansiedad fóbica	0,80 (0,80)	0,75 (0,70)	0,24 (.622)	.06
Ideación paranoide	0,75 (0,73)	0,87 (0,75)	1,16 (.282)	-.16
Psicoticismo	0,52 (0,55)	0,67 (0,63)	3,16 (.077)	-.25
Adicional	0,84 (0,65)	0,89 (0,71)	0,26 (.608)	-.07
GSI. Índice Global de Severidad	0,78 (0,55)	0,82 (0,60)	0,16 (.688)	-.06
PST. Total Síntomas Positivos	33,19 (18,58)	37,44 (20,96)	2,30 (.131)	-.21
PSDI. Índice de Malestar	2,08 (0,57)	1,91 (0,65)	3,80 (.053)	.27

Como se puede observar en la Tabla 38, apenas se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes con y sin discapacidad motriz, en la mayoría de las variables objeto de evaluación.

Únicamente se han hallado diferencias significativas en conductas de retraimiento social, en expresión emocional abierta, y en nivel de agresión (bullying). En concreto, el alumnado con discapacidad motriz muestra significativamente mayores puntuaciones en retraimiento social, y menores puntuaciones en expresión emocional abierta y realización de conductas agresivas (bullying) a otros compañeros y compañeras. No obstante, en estas variables el tamaño del efecto es pequeño.

No se han encontrado diferencias significativas en autoestima, empatía, conductas sociales positivas con los iguales (consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, liderazgo), conductas sociales negativas (ansiedad social), en la percepción del apoyo social, en la resiliencia, en diversas variables de afrontamiento del estrés (focalizado en el problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, búsqueda de apoyo social, religión), en el bullying (nivel de victimización y nivel de observación), ni en ninguno de los síntomas psicopatológicos evaluados.

7.4. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES, DE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ: EFECTOS EN FUNCIÓN DEL SEXO, LA EDAD, EL GRADO Y LAS CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD

7.4.1. Diferencias en función del sexo

Con la finalidad de explorar si existen diferencias entre sexos en el alumnado con discapacidad se analizó si había diferencias estadísticamente significativas en diversas variables psicosociales, de personalidad y psicopatológicos en función del sexo. Con esta finalidad se realizan análisis de varianza multivariantes y univariantes. Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian diferencias significativas en función del sexo, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,353$, $F(38,61) = 2,93$, $p = .001$ (tamaño del efecto grande, $\eta^2 = 0,647$, $r = 0,80$). Los resultados de los análisis de varianza univariantes, en función del sexo se presentan en la Tabla 39.

Tabla 39. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y tamaño del efecto (d de Cohen) en las variables de estudio en varones y mujeres con discapacidad motriz

	Varones (n=47)	Mujeres (n=53)	F (p)	d
	M (Dt)	M (Dt)	sexo	
RSE. Autoestima				
Autoestima	30,66 (5,66)	31,70 (5,68)	0,83 (.363)	-.18
EQ. Empatía				
Capacidad de Empatía	16,19 (3,65)	17,32 (3,01)	2,86 (.094)	-.33

	Varones (n=47)	Mujeres (n=53)	F (p) sexo	d
	M (Dt)	M (Dt)		
BAS3. Conducta Social				
Consideración con los demás	11,04 (2,46)	11,49 (2,40)	0,84 (.361)	-.18
Autocontrol en las relaciones sociales	9,79 (2,48)	11,06 (1,94)	8,18 (.005)	-.59
Retraimiento social	3,55 (2,81)	4,00 (2,98)	0,58 (.445)	-.15
Ansiedad social – Timidez	4,74 (2,32)	6,40 (2,73)	10,44 (.002)	-.65
Liderazgo	7,85 (2,42)	7,83 (2,57)	0,00 (.967)	.00
MOS. Apoyo social percibido				
Emocional/informacional	28,66 (8,47)	32,42 (7,13)	5,78 (.018)	-.48
Apoyo instrumental	16,60 (3,65)	17,09 (3,10)	0,54 (.463)	-.14
Interacción social positiva	16,09 (3,74)	16,621 (3,98)	0,48 (.490)	-.13
Apoyo afectivo	12,51 (3,18)	13,92 (2,26)	6,67 (.011)	-.51
RS. Resiliencia				
Satisfacción personal	22,19 (4,43)	22,51 (5,32)	0,10 (.748)	-.06
Ecuanimidad	19,53 (4,57)	19,45 (4,80)	0,00 (.933)	.01
Sentirse bien solo	15,91 (3,96)	15,66 (3,79)	0,10 (.744)	.06
Confianza en sí mismo	38,26 (6,58)	38,72 (6,22)	0,13 (.720)	-.07
Perseverancia	39,91 (8,25)	40,21 (6,20)	0,04 (.841)	-.04
CAE. Afrontamiento del estrés				
Focalizado en el problema	14,13 (5,65)	15,53 (5,77)	1,49 (.224)	-.24
Autofocalización negativa	10,85 (4,62)	10,40 (5,48)	0,19 (.657)	.08
Reevaluación positiva	15,53 (5,21)	16,15 (5,39)	0,33 (.562)	-.11
Expresión emocional abierta	7,68 (4,33)	6,58 (4,28)	1,61 (.207)	.25
Evitación	15,06 (5,16)	14,49 (5,44)	0,29 (.592)	.10
Búsqueda de apoyo social	13,77 (6,91)	15,77 (7,51)	1,91 (.169)	-.27
Religión	11,83 (6,76)	12,58 (6,72)	0,31 (.578)	-.11
Screening de acoso entre iguales				
Bullying: Nivel de victimización	2,15 (2,43)	0,74 (1,36)	13,23 (.000)	.71
Bullying: Nivel de agresión	0,89 (1,59)	0,23 (0,69)	7,66 (.007)	.53
Bullying: Nivel de observación	4,62 (3,62)	3,32 (3,42)	3,37 (.069)	.36
Bullying: Nivel de victimización-agresiva	3,04 (3,52)	0,96 (1,56)	15,13 (.000)	.76
SCL-90-R. Síntomas Psicopatológicos				
Somatización	0,70 (0,66)	0,77 (0,68)	0,23 (.628)	-.10

	Varones (n=47)	Mujeres (n=53)	F (p) sexo	d
	M (Dt)	M (Dt)		
Obsesión-Compulsión	1,22 (0,76)	1,05 (0,79)	1,21 (.273)	.21
Sensibilidad Interpersonal	0,82 (0,72)	0,77 (0,61)	0,11 (.740)	.07
Depresión	0,66 (0,66)	0,72 (0,55)	0,19 (.663)	-.09
Ansiedad	0,92 (0,79)	1,03 (0,76)	0,55 (.458)	-.14
Hostilidad	0,67 (0,71)	0,46 (0,57)	2,67 (.105)	.32
Ansiedad fóbica	0,69 (0,71)	0,90 (0,87)	1,66 (.200)	-.26
Ideación paranoide	0,85 (0,80)	0,66 (0,66)	1,69 (.196)	.25
Psicoticismo	0,57 (0,62)	0,46 (0,49)	0,91 (.342)	.19
Adicional	0,94 (0,68)	0,74 (0,62)	2,32 (.131)	.30
GSI. Índice Global de Severidad	0,80 (0,61)	0,77 (0,50)	0,08 (.773)	.05
PST. Total Síntomas Positivos	33,93 (20,78)	32,52 (16,57)	0,14 (.707)	.07
PSDI. Índice de Malestar	2,08 (0,58)	2,08 (0,57)	0,00 (.952)	.00

En el alumnado con discapacidad motriz los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de varones y mujeres en diversas variables psicosociales, de personalidad y psicopatológicas (ver Tabla 39), evidencian pocas diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. No se han hallado diferencias en autoestima, empatía, conductas sociales de consideración con los demás, retraimiento social y liderazgo, en algunas variables de percepción de apoyo social (apoyo instrumental, interacción social positiva), en resiliencia, en afrontamiento del estrés, en el nivel de observación de conductas de bullying, y en síntomas psicopatológicos.

Únicamente se han hallado diferencias, con puntuaciones significativamente superiores en las chicas, en conductas de autocontrol, de ansiedad social, y en apoyo social percibido. También se hallaron diferencias en las variables victimización y perpetración de bullying, observándose puntuaciones significativamente superiores en los varones, confirmando mayor nivel de conductas de bullying cara-a-cara en los chicos, como víctimas y como agresores.

7.4.2. Diferencias en función de la edad

Con la muestra de estudiantes con discapacidad como unidad de análisis, se estudió si había diferencias estadísticamente significativas entre variables psicosociales, rasgos de personalidad y síntomas psicopatológicos en función de la edad (11-13, 14-15 y 16-18 años). Con esta finalidad se realizan análisis de varianza multivariantes y univariantes. Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función de la edad, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,363$, $F(76, 120) = 1,04$, $p = .415$. Los resultados de los análisis de varianza univariantes, en función del rango de edad se presentan en la Tabla 40.

Tabla 40. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en las variables de estudio en diferentes niveles de edad

	11-13 años (n=34)	14-15 años (n=29)	16-18 (n=37)	F (p) edad	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
RSE. Autoestima					
Autoestima	31,03 (5,84)	31,76 (5,83)	30,95 (5,50)	0,19 (.827)	---
EQ. Empatía					
Capacidad de Empatía	16,71 (3,39)	17,21 (2,62)	16,54 (3,86)	0,33 (.719)	---
BAS3. Conducta Social					
Consideración con los demás	11,50 (2,42)	11,52 (2,08)	10,89 (2,69)	0,74 (.478)	---
Autocontrol en las relaciones sociales	10,26 (2,53)	10,41 (2,16)	10,68 (2,19)	0,28(.750)	---
Retraimiento social	3,91 (2,83)	3,07 (2,25)	4,24 (3,34)	1,38 (.254)	---
Ansiedad social – Timidez	5,56 (2,48)	5,24 (2,55)	5,97 (2,93)	0,61 (.540)	---
Liderazgo	7,88 (2,47)	8,66 (1,95)	7,16 (2,74)	3,04 (.052)	---
MOS. Apoyo social percibido					
Emocional/informacional	30,26 (9,12)	30,79 (6,97)	30,89 (7,78)	0,06 (.942)	---
Apoyo instrumental	16,85 (4,12)	16,55 (2,89)	17,11 (2,97)	0,21 (.804)	---
Interacción social positiva	16,24 (4,51)	16,93 (3,09)	16,05 (3,81)	0,44 (.649)	---
Apoyo afectivo	12,74 (3,46)	13,90 (2,17)	13,24 (2,53)	1,34 (.265)	---
RS. Resiliencia					
Satisfacción personal	21,47 (5,06)	22,17 (5,37)	23,32 (4,29)	1,30 (.276)	---

	11-13 años (n=34)	14-15 años (n=29)	16-18 (n=37)	F (p) edad	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
Ecuanimidad	19,94 (3,97)	17,93 (3,85)	20,30 (5,59)	0,38 (.097)	---
Sentirse bien solo	16,03 (3,98)	15,21 (3,72)	16,00 (3,89)	0,44 (.641)	---
Confianza en sí mismo	38,76 (6,34)	36,97 (6,73)	39,46 (6,04)	1,29 (.278)	---
Perseverancia	38,03 (7,99)	39,62 (6,71)	42,30 (6,32)	3,33 (.040)	1<3; 1=2
CAE. Afrontamiento del estrés					
Focalizado en el problema	14,21 (6,04)	15,38 (5,67)	15,08 (5,57)	0,36 (.696)	---
Autofocalización negativa	10,94 (4,66)	9,83 (3,74)	10,92 (6,28)	0,47 (.621)	---
Reevaluación positiva	15,94 (4,91)	16,38 (4,77)	15,38 (6,05)	0,29 (.747)	---
Expresión emocional abierta	6,82 (4,40)	6,62 (3,70)	7,73 (4,71)	0,63 (.532)	---
Evitación	15,29 (5,20)	15,59 (5,28)	13,62 (5,33)	1,39 (.254)	---
Búsqueda de apoyo social	14,29 (7,23)	15,45 (7,40)	14,84 (7,36)	0,19 (.824)	---
Religión	12,82 (6,89)	12,55 (6,29)	11,43 (6,98)	0,42 (.657)	---
Screening de acoso entre iguales					
Bullying: Nivel de victimización	2,35 (2,65)	1,03 (1,72)	0,81 (1,24)	6,23 (.003)	1>2>3
Bullying: Nivel de agresión	0,53 (1,44)	0,45 (1,18)	0,62 (1,11)	0,15 (.855)	---
Bullying: Nivel de observación	4,56 (3,64)	2,79 (2,74)	4,29 (3,92)	2,19 (.117)	---
Bullying: Nivel victimización-agresiva	2,88 (3,47)	1,48 (2,72)	1,43 (2,07)	2,92 (.059)	---
SCL-90-R. Síntomas Psicopatológicos					
Somatización	0,76 (0,66)	0,67 (0,63)	0,78 (0,71)	0,23 (.792)	---
Obsesión-Compulsión	1,20 (0,80)	1,00 (0,65)	1,16 (0,86)	0,53 (.586)	---
Sensibilidad Interpersonal	0,82 (0,72)	0,73 (0,64)	0,81 (0,64)	0,14 (.862)	---
Depresión	0,77 (0,69)	0,56 (0,46)	0,72 (0,62)	1,01 (.366)	---
Ansiedad	1,01 (0,77)	0,91 (0,73)	1,01 (0,83)	0,18 (.831)	---
Hostilidad	0,56 (0,76)	0,54 (0,53)	0,58 (0,64)	0,03 (.968)	---
Ansiedad fóbica	0,95 (0,88)	0,69 (0,81)	0,74 (0,71)	0,99 (.375)	---
Ideación paranoide	0,64 (0,75)	0,79 (0,63)	0,82 (0,79)	0,63 (.534)	---
Psicoticismo	0,53 (0,54)	0,45 (0,38)	0,55 (0,68)	0,31 (.729)	---
Adicional	0,83 (0,76)	0,77 (0,39)	0,90 (0,72)	0,34 (.712)	---
GSI. Índice Global de Severidad	0,82 (0,59)	0,71 (0,43)	0,81 (0,60)	0,38 (.682)	---
PST. Total Síntomas Positivos	32,35(17,77)	31,86(17,14)	35,00(20,64)	0,28 (.757)	---
PSDI. Índice de Malestar	2,22 (0,60)	2,02 (0,57)	2,00 (0,55)	1,46 (.236)	---

Tal y como se puede observar en la Tabla 40, únicamente se encuentran diferencias significativas en función de la edad (entre 11 y 18 años), en dos variables: perseverancia y victimización por bullying. Las pruebas *post hoc* muestran un aumento significativo de la perseverancia a medida que aumenta la edad, mientras que las conductas de victimización por bullying disminuyen significativamente.

7.4.3. Diferencias en función del grado de discapacidad

Utilizando únicamente la muestra de estudiantes con discapacidad se analizó si había diferencias estadísticamente significativas en distintos rasgos psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos en función del grado de discapacidad (leve, moderado, grave). Con esta finalidad se realizaron análisis de varianza multivariantes y univariantes. Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función del grado de discapacidad (leve, moderada, grave) Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,335$, $F(76, 120) = 1,15$, $p = .245$. Los resultados de los análisis de varianza univariantes, en función del grado de discapacidad motriz se presentan en la Tabla 41.

Tabla 41. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en las variables de estudio entre los y las estudiantes con diferentes grados de discapacidad motriz

	Leve (n=7)	Moderado (n=55)	Grave (n=38)	F (p) gravedad	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
RSE. Autoestima					
Autoestima	29,00 (5,22)	30,22 (6,05)	33,05 (4,71)	3,55 (.032)	3>2
EQ. Empatía					
Capacidad de Empatía	18,43 (2,87)	16,55 (3,24)	16,84 (3,59)	0,98 (.378)	---
BAS3. Conducta Social					
Consideración con los demás	11,86 (1,46)	11,11 (2,38)	11,42 (2,65)	0,39 (.677)	---
Autocontrol en las relaciones sociales	9,43 (3,30)	10,44 (2,11)	10,68 (2,34)	0,89(.414)	---
Retraimiento social	3,71 (3,72)	4,25 (3,02)	3,13 (2,48)	1,71 (.186)	---

	Leve (n=7)	Moderado (n=55)	Grave (n=38)	F (p) gravedad	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
Ansiedad social – Timidez	6,43 (3,64)	5,91 (2,57)	5,05 (2,57)	1,51 (.224)	---
Liderazgo	7,71 (2,28)	7,58 (2,55)	8,24 (2,45)	0,78 (.461)	---
MOS. Apoyo social percibido					
Emocional/informacional	30,00 (6,05)	30,35 (7,97)	31,21 (8,42)	0,15 (.857)	---
Apoyo instrumental	17,71 (2,75)	16,36 (3,59)	17,42 (3,07)	1,36 (.261)	---
Interacción social positiva	18,43 (1,61)	15,69 (4,08)	16,97 (3,64)	2,37 (.099)	---
Apoyo afectivo	14,14 (1,57)	13,00 (2,91)	13,47 (2,82)	0,68 (.506)	---
RS. Resiliencia					
Satisfacción personal	22,86 (3,48)	22,84 (4,94)	21,58 (5,06)	0,77 (.464)	---
Ecuanimidad	20,43 (6,42)	19,22 (4,56)	19,71 (4,58)	0,27 (.762)	---
Sentirse bien solo	17,57 (2,99)	15,40 (4,01)	16,00 (3,73)	1,08 (.341)	---
Confianza en sí mismo	37,43 (4,54)	38,84 (5,86)	38,21 (7,38)	0,21 (.810)	---
Perseverancia	43,14 (4,33)	40,04 (7,09)	39,55 (7,76)	0,73 (.484)	---
CAE. Afrontamiento del estrés					
Focalizado en el problema	13,00 (5,47)	14,53 (5,54)	15,71 (6,05)	0,87 (.419)	---
Autofocalización negativa	10,29 (5,88)	11,69 (5,37)	9,14 (4,15)	3,04 (.052)	---
Reevaluación positiva	14,71 (5,09)	16,15 (5,18)	15,66 (5,58)	0,26 (.766)	---
Expresión emocional abierta	9,00 (5,68)	7,36 (4,68)	6,37 (3,38)	1,33 (.269)	---
Evitación	14,43 (4,68)	14,98 (5,50)	14,50 (5,19)	0,10 (.900)	---
Búsqueda de apoyo social	10,00 (8,00)	15,09 (6,86)	15,34 (7,58)	1,69 (.188)	---
Religión	11,14 (7,03)	11,98 (6,96)	12,79 (6,43)	0,25 (.774)	---
Screening de acoso entre iguales					
Bullying: Nivel de victimización	1,29 (1,38)	1,40 (2,19)	1,42 (1,99)	0,01 (.988)	---
Bullying: Nivel de agresión	0,43 (0,78)	0,69 (1,48)	0,34 (0,84)	6,91 (.404)	---
Bullying: Nivel de observación	4,43 (2,87)	4,04 (3,67)	3,68 (3,58)	0,18 (.835)	---
Bullying: Nivel de victimización-agresiva	1,71 (1,89)	2,09 (3,23)	1,76 (2,41)	0,16 (.845)	---
SCL-90-R. Síntomas Psicopatológicos					
Somatización	1,52 (1,24)	0,72 (0,64)	0,63 (0,47)	2,57 (.004)	1>2,3
Obsesión-Compulsión	1,22 (1,01)	1,16 (0,81)	1,07 (0,70)	0,20 (.815)	---
Sensibilidad Interpersonal	1,09 (0,76)	0,78 (0,68)	0,75 (0,62)	0,78 (.457)	---
Depresión	0,96 (0,71)	0,72 (0,65)	0,59 (0,50)	1,25 (.290)	---
Ansiedad	1,77 (1,09)	1,01 (0,81)	0,79 (0,54)	5,12 (.008)	1>2,3

	Leve (n=7)	Moderado (n=55)	Grave (n=38)	F (p) gravedad	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
Hostilidad	0,69 (0,70)	0,59 (0,73)	0,50 (0,51)	0,33 (.718)	---
Ansiedad fóbica	1,12 (1,30)	0,80 (0,68)	0,74 (0,86)	0,63 (.531)	---
Ideación paranoide	0,85 (0,94)	0,79 (0,82)	0,67 (0,55)	0,34 (.706)	---
Psicoticismo	0,80 (0,71)	0,55 (0,60)	0,42 (0,43)	1,59 (.209)	---
Adicional	1,28 (0,79)	0,87 (0,70)	0,71 (0,51)	0,52 (.086)	---
GSI. Índice Global de Severidad	1,16 (0,81)	0,80 (0,59)	0,69 (0,41)	2, 25(.110)	---
PST. Total Síntomas Positivos	40,42(20,63)	33,76(20,81)	31,02(14,41)	0,81 (.447)	---
PSDI. Índice de Malestar	2,35 (0,73)	2,11 (0,55)	1,99 (0,57)	1,32 (.270)	---

Notas: Grado de Discapacidad Leve = Alteración en la coordinación y el movimiento, afectación en la motricidad fina, hay desplazamiento autónomo, es funcional para realizar de manera independiente acciones físicas cotidianas; Moderada = Limitaciones funcionales en la marcha, sedestación, cambio de posturas y manipulación, dificultad en la motricidad fina y gruesa, aunque con dificultad, es funcional en actividades de la vida diaria; Grave = La independencia de la vida diaria es restringida, hay alteración en el equilibrio, dificultad en el control de las manos, el desplazamiento lo hace con alguna ayuda técnica y/o una persona, realiza alguna función con ayuda. --- = no diferencias significativas.

Como se puede observar en la Tabla 41, únicamente se han hallado diferencias significativas en función del grado de discapacidad en autoestima, síntomas de somatización y síntomas de ansiedad. En autoestima, aquellos que tenían discapacidad grave mostraban significativamente mayor autoestima. En síntomas de somatización y en síntomas de ansiedad aquellos que tenían discapacidad leve mostraban significativamente mayores puntuaciones que los que tenían moderada o grave, que no tuvieron diferencias entre sí.

7.4.4. Diferencias en función de la causa de la discapacidad

Con la muestra de estudiantes con discapacidad, se estudió si había diferencias estadísticamente significativas en función de las causas de la discapacidad (congénita, hereditaria y adquirida). Con esta finalidad se realizaron análisis de varianza multivariantes y univariantes. Los resultados de los análisis de varianza multivariados (MANOVA) con el conjunto de las variables, evidencian que no existen diferencias significativas en función de la causa de la discapacidad, Lambda de Wilks, $\Lambda = 0,463$, $F(76, 120) = 0,74$, $p = .919$. Los resultados de los análisis de varianza univariantes, en función de las causas de la discapacidad, se presentan en la Tabla 42, evidenciándose la

ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, es decir, las causas de la discapacidad no afectan a ninguna de las variables objeto de estudio.

Tabla 42. Medias, desviaciones típicas, análisis de varianza y de comparación de grupos (Bonferroni) en las variables de estudio en función de diferentes causas de discapacidad

	congénita (n=55)	hereditaria (n=7)	adquirida (n=38)	F (p) causas	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
RSE. Autoestima					
Autoestima	31,84 (4,88)	29,43 (5,56)	30,63 (6,57)	0,87 (.420)	---
EQ. Empatía					
Capacidad de Empatía	16,89 (3,46)	17,71 (3,14)	16,47 (3,29)	0,45 (.637)	---
BAS3. Conducta Social					
Consideración con los demás	11,51 (2,22)	12,29 (1,60)	10,76 (2,76)	1,72 (.184)	---
Autocontrol en las relaciones sociales	10,78 (2,21)	10,14 (1,86)	10,05 (2,44)	1,21 (.302)	---
Retraimiento social	3,78 (2,86)	3,71 (3,35)	4,00 (2,90)	0,57 (.564)	---
Ansiedad social – Timidez	5,71 (2,62)	4,86 (2,47)	5,63 (2,81)	0,31 (.732)	---
Liderazgo	8,13 (2,46)	7,29 (2,75)	7,53 (2,50)	0,83 (.437)	---
MOS. Apoyo social percibido					
Emocional/informacional	31,75 (7,81)	30,29 (8,80)	29,13 (8,02)	1,22 (.300)	---
Apoyo instrumental	17,25 (3,00)	17,14 (3,57)	16,24 (3,79)	1,05 (.352)	---
Interacción social positiva	16,82 (3,71)	17,14 (3,38)	15,58 (4,11)	1,31 (.273)	---
Apoyo afectivo	13,69 (2,58)	12,71 (4,27)	12,74 (2,78)	1,14 (.239)	---
RS. Resiliencia					
Satisfacción personal	22,62 (5,24)	22,71 (3,03)	21,92 (4,73)	0,24 (.785)	---
Ecuanimidad	19,71 (5,07)	21,14 (3,57)	18,87 (4,23)	0,83 (.439)	---
Sentirse bien solo	16,00 (4,07)	14,14 (3,28)	15,76 (3,62)	0,71 (.491)	---
Confianza en sí mismo	38,85 (6,94)	39,00 (4,65)	37,89 (5,83)	0,27 (.761)	---
Perseverancia	39,84 (7,64)	40,43 (5,28)	40,34 (6,99)	0,06 (.939)	---
CAE. Afrontamiento del estrés					
Focalizado en el problema	15,13 (6,10)	16,00 (5,16)	14,29 (5,33)	0,38 (.684)	---
Autofocalización negativa	10,20 (5,06)	10,43 (4,89)	11,24 (5,20)	0,46 (.628)	---
Reevaluación positiva	16,49 (5,31)	13,43 (4,46)	15,39 (5,35)	1,28 (.282)	---
Expresión emocional abierta	6,62 (3,73)	8,29 (7,93)	7,58 (4,31)	0,83 (.437)	---
Evitación	14,60 (5,46)	13,14 (5,61)	15,29 (5,05)	0,53 (.587)	---

	congénita (n=55)	hereditaria (n=7)	adquirida (n=38)	F (p) causas	Post hoc
	M (Dt)	M (Dt)	M (Dt)		
Búsqueda de apoyo social	15,62 (7,32)	13,29 (8,93)	13,97 (6,92)	0,74 (.479)	---
Religión	12,89 (6,62)	10,14 (6,91)	11,66 (6,88)	0,73 (.481)	---
Screening de acoso entre iguales					
Bullying: Nivel de victimización	1,45 (1,85)	1,43 (3,35)	1,32 (2,10)	0,05 (.950)	---
Bullying: Nivel de agresión	0,53 (1,15)	1,00 (2,23)	0,47 (1,15)	0,53 (.589)	---
Bullying: Nivel de observación	3,64 (3,43)	4,00 (3,55)	4,34 (3,79)	0,43 (.647)	---
Bullying: Nivel victimización-agresiva	1,98 (2,49)	2,43 (5,59)	1,79 (2,74)	0,15 (.853)	---
SCL-90-R. Síntomas Psicopatológicos					
Somatización	0,72 (0,62)	0,83 (0,62)	0,75 (0,75)	0,09 (.914)	---
Obsesión-Compulsión	1,10 (0,78)	1,18 (0,59)	1,16 (0,82)	0,10 (.903)	---
Sensibilidad Interpersonal	0,75 (0,63)	1,17 (0,81)	0,79 (0,68)	1,25 (.289)	---
Depresión	0,64 (0,49)	0,89 (0,85)	0,73 (0,71)	0,60 (.550)	---
Ansiedad	0,95 (0,74)	0,95 (0,66)	1,02 (0,85)	0,09 (.908)	---
Hostilidad	0,50 (0,48)	1,11 (1,07)	0,54 (0,73)	2,85 (.063)	---
Ansiedad fóbica	0,82 (0,80)	0,63 (0,58)	0,80 (0,84)	0,17 (.838)	---
Ideación paranoide	0,66 (0,65)	1,26 (0,89)	0,79 (0,79)	2,19 (.117)	---
Psicoticismo	0,47 (0,45)	0,74 (0,50)	0,54 (0,68)	0,79 (.453)	---
Adicional	0,81 (0,53)	0,85 (0,55)	0,88 (0,82)	0,12 (.879)	---
GSI. Índice Global de Severidad	0,75 (0,47)	0,95 (0,60)	0,81 (0,65)	0,45 (.638)	---
PST. Total Síntomas Positivos	33,43 (15,75)	42,14 (15,53)	31,18 (20,14)	1,03 (.358)	---
PSDI. Índice de Malestar	1,97 (0,49)	1,97 (0,69)	2,26 (0,64)	2,97 (.056)	---

Nota: --- = no diferencias significativas.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

CAPITULO 8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este capítulo, se exponen los principales hallazgos del estudio, se contrastan éstos con las hipótesis planteadas y con los resultados de otras investigaciones llevadas a cabo, aportando explicaciones de los resultados obtenidos. Posteriormente, se identifican las aportaciones de esta investigación, sus limitaciones, así como las implicaciones de los resultados.

8.1. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A continuación se exponen los 4 objetivos específicos del estudio, los resultados obtenidos en relación a cada uno de ellos, se contrastan los resultados obtenidos con las 14 hipótesis planteadas, y también con los resultados de otras investigaciones, aportando explicaciones de los hallazgos encontrados.

OBJETIVO 1. Reconocer y categorizar las dificultades de adaptación (inclusión) que experimentan los y las estudiantes con discapacidad motriz en el sistema educativo ordinario, desde la percepción del profesorado.

En relación al primer objetivo, los resultados del estudio relativos a la percepción del profesorado sobre el nivel de cultura, políticas y prácticas inclusivas, han puesto de relieve que: (1) Un 26% del profesorado considera que el alumnado con discapacidad motriz está inscrito en una cultura poco inclusiva, es decir, una cultura en la que hay un bajo nivel de valores, creencias, normas y actitudes para promover el respeto, valorar las diferencias y desarrollar comunidades educativas inclusivas; (2) Un 29% del profesorado considera que el alumnado con discapacidad motriz está inscrito en centros con políticas poco inclusivas, es decir, poco centrados en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos humanos y materiales (por ejemplo, barreras arquitectónicas, apoyo social...), poco orientados al desarrollo de una comunidad de aprendizaje y participación inclusiva; y (3) Un 28% del profesorado piensa que el alumnado con discapacidad motriz estudia en centros con un bajo nivel de prácticas inclusivas, es decir, llevan a cabo pocas actividades escolares y extraescolares

cooperativas que favorezcan la inclusión y la participación del alumnado con discapacidad motriz, lo que afectará a su adaptación global.

En síntesis, casi 1/3 del profesorado percibe que la inclusión del alumnado con discapacidad motriz es baja o muy baja (cultura inclusiva 26%, políticas inclusivas 29%, prácticas inclusivas 28%), en lo que se refiere a los 3 indicadores respectivamente. Estos resultados ratifican parcialmente las hipótesis 1, 2, y 3, ya que casi 2/3 del profesorado no observan niveles bajos de inclusión en las culturas, políticas y prácticas de inclusión. Además, en los tres indicadores de inclusión (culturas inclusivas, políticas inclusivas y prácticas inclusivas) evaluados por el profesorado no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres ni entre los grupos de edad, lo que confirma la hipótesis 4.

Los resultados encontrados en la presente investigación, específicamente relacionados con la variable **cultura inclusiva**, guardan relación con los resultados de la investigación de Alborn y Gaad (2014), quienes encontraron que existen barreras principalmente a nivel de cultura inclusiva en los centros de educación. Otra investigación que ratifica estos resultados es la realizada por Matos y Fukuda (2016), quienes afirman que, en las instituciones educativas, un impacto de mala calidad en las interacciones sociales de los y las estudiantes con y sin discapacidad, disminuye la calidad educativa. Fernández et al. (2016) también ratifican los resultados del presente estudio, ya que ellos en su investigación observaron poca comprensión en torno a las diferencias culturales del alumnado y poco deseo de informarse en torno a culturas inclusivas. Otras investigaciones como las realizadas por Bryer et al. (2004), Jaimes (2009) o Suriá (2014a), también apoyan estas conclusiones.

Sin embargo, otras investigaciones discrepan con estos resultados. López (2011) en su estudio evidenció una presencia de cultura inclusiva altamente significativa. Además menciona que los y las estudiantes se sienten aceptados y apoyados por sus compañeros sin discapacidad, lo cual está en concordancia con Loaiza (2011) u Obiero (2009) quienes observaron cambios en la cultura inclusiva en lo concerniente a las percepciones del quehacer cotidiano de los maestros y maestras y en la equidad de los procesos pedagógicos.

Los resultados de la presente investigación relacionados con la variable **políticas inclusivas**, apuntan en la misma dirección que el estudio de López (2011) quien demostró la presencia de políticas inclusivas de aspectos negativos, ya que los y las estudiantes tienen limitaciones para ingresar al centro educativo por falta de recursos de las instituciones. Otras investigaciones como las de Fernández et al. (2016), Jaimes (2009), Loaiza (2009), Matos y Fukuda (2016) o Suriá (2011), también apoyan la tesis de falta de políticas inclusivas. Obiero (2009), sin embargo, contradice estos resultados ya que el profesorado que participó en su estudio presentaba una actitud positiva hacia los y las estudiantes con parálisis cerebral, debido a que el centro educativo llevaba a cabo políticas de capacitación continua, y, así, conseguían que el profesorado estuviese preparado para la atención de estudiantes con discapacidad.

Con respecto a los resultados de la presente investigación relacionados con la variable **prácticas inclusivas**, estos son ratificados en el estudio de Jaimes (2009) quien menciona que en la universidad se evidencia poca presencia de prácticas inclusivas, de aspectos negativos altamente significativos. Las y los estudiantes con discapacidad física no terminan sus estudios en el tiempo reglamentario y experimentan muchos obstáculos para avanzar. Entre las dificultades, se observa que el profesorado no está preparado para la inclusión ni para poder apoyar al alumnado con discapacidad física adecuadamente en el proceso educativo. Estos resultados también son confirmados por el estudio de Bravo et al. (2017) quienes afirman que en los centros educativos aún persisten las barreras de acceso a las tics, tanto en los centros educativos públicos y privados, circunstancia que limita la autonomía de los y las estudiantes con discapacidad física en el trabajo escolar. Mateus et al. (2017) corroboraron estos resultados e indicaron haber observado práctica inclusiva negativa, evidenciándose obstáculos pedagógicos en la intervención docente.

López (2011) discrepa de estos resultados ya que en su estudio observó presencia de prácticas inclusivas de aspectos positivos significativos, y evidenció que en las aulas se practicaban valores y se prohibía la discriminación. Este criterio es compartido por Urton et al. (2014) quienes evidenciaron que las prácticas inclusivas positivas dirigidas a los y las estudiantes fomentaban la cultura inclusiva, lo cual se logra desarrollando un trabajo cooperativo y eficaz entre los miembros de la comunidad

educativa, con recursos apropiados, aplicando estrategias educativas específicas y un modelo organizativo flexible. En esta misma línea de falta de prácticas inclusivas se alinean los estudios de Alborn y Gaad (2014), Bryer et al. (2004), Fernández et al. (2016), Loaiza (2011), Matos y Fukuda (2016) y Suriá (2014a).

Por tanto, los resultados del presente estudio muestran que en Ecuador todavía queda un largo camino por recorrer para llegar a eliminar las barreras para el aprendizaje y la participación, para que los alumnos y alumnas con discapacidad, en este caso motriz, lleguen a recibir todos los apoyos necesarios y se llegue a la aplicación del diseño universal para el aprendizaje. Para ello, es preciso mejorar las políticas, las culturas y las prácticas inclusivas, tanto desde el gobierno, como en cada uno de los centros educativos. Es la única forma de que el alumnado con discapacidad llegue a tener los mismos derechos y deberes que las personas sin discapacidad en una sociedad realmente inclusiva.

OBJETIVO 2. Identificar la percepción que tiene el profesorado de la integración del alumnado con discapacidad motriz.

En relación a la percepción del profesorado sobre la integración del alumnado con discapacidad motriz, los resultados obtenidos muestran que: (1) El 24% tiene un alto nivel de inquietud por tener alumnado con discapacidad; (2) El 22% percibe conductas y actitudes negativas de los estudiantes sin discapacidad hacia los de discapacidad, es decir, observan problemas de interacción entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz; y (3) El 21% no se siente suficientemente preparado para atender al alumnado con discapacidad motriz.

En síntesis, casi 1/4 del profesorado percibe un bajo nivel de integración entre los estudiantes con y sin discapacidad motriz en la escuela. Dar clase a alumnado con discapacidad motriz es una fuente de inquietud para ellos (24%), perciben que no están preparados docentemente para atender a este colectivo de estudiantes (21%) y observan problemas de convivencia e interacción entre el alumnado con y sin discapacidad motriz (22%). Pese a la relevancia de los datos, los resultados confirman solo parcialmente las hipótesis 5, 6 y 7, ya que más de 2/3 de los y las docentes no muestran un alto nivel de

preocupación por tener alumnado con discapacidad, no observan muchas conductas de discriminación de los iguales hacia los que tienen discapacidad, y piensan que tienen cierto nivel de preparación para atender a los estudiantes con discapacidad.

Además, en los tres indicadores de integración (inquietud docente, iguales ante la discapacidad, formación docente) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. En el análisis en función de la edad, no se hallaron diferencias en inquietud docente y formación docente, sin embargo, sí se encontró que aquellos que tenían entre 24 y 44 años mostraban significativamente una percepción de mayores problemas de convivencia e interacción entre los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz, es decir, a menor edad del docente mayor percepción de conductas discriminatorias de los iguales hacia los que tienen discapacidad. Quizás esto pueda explicarse por la mayor preocupación y formación de los jóvenes docentes en relación al fenómeno del bullying. Por consiguiente los resultados confirman la hipótesis 8 casi en su totalidad.

Los resultados de la presente investigación, en torno a la variable ***inquietud docente*** por tener alumnado con discapacidad en el aula, son acordes con el estudio de Suriá (2012a) quien afirmó que las y los profesores expresan que la presencia de alumnado con discapacidad en las aulas genera algo de inquietud según la experiencia, el género y el ciclo formativo, pero no halló diferencias según el género, en el mismo sentido que esta investigación.

En la mayoría de los estudios esa inquietud se plasma en actitudes positivas o negativas del profesorado por tener en las aulas alumnado con discapacidad. Así, se observa que son muchos los estudios que afirman observar actitudes negativas por parte del profesorado hacia el alumnado con discapacidad. Doménech (2004) halló una actitud negativa en los maestros y maestras en los aspectos de: responsabilidad, rendimiento, formación y clima del aula. En este mismo sentido, Alemany y Villuendas (2004) reportaron que todo el profesorado manifestó que en su práctica diaria encontraron muchas dificultades para atender al alumnado con discapacidad. Mesa (2014), también refiere que el profesorado muestra una actitud desfavorable por tener alumnado con discapacidad en su aula. En esta misma línea, Chiner (2011) confirma los hallazgos de la presente investigación, ya que en su estudio observó que el profesorado presenta

actitudes distintas frente al alumnado con discapacidad física, mostrando frustración, indiferencia, preocupación y rechazo en función del tipo y gravedad de la discapacidad. Los resultados también van en la misma línea del estudio de Fernández et al. (2017) ya que el profesorado que tiene en sus aulas alumnado con discapacidad, manifiesta que percibe incomodidad por su presencia. Sin embargo, también existen estudios que muestran actitudes favorables por parte del profesorado hacia el alumnado con discapacidad. Así, Alvarez et al. (2005), Avramidis y Norwih (2002) y Pegalajar y Colmenero (2017) encontraron una actitud positiva de los y las docentes hacia la integración en las aulas del alumnado con discapacidad.

Aunque en este estudio en los tres indicadores de integración no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en función del sexo y la edad, algunos estudios muestran diferencias en cuanto a las actitudes del profesorado hacia el alumnado con discapacidad. Así, Fernández et al. (2017) encontraron que los hombres perciben más malestar que las mujeres por tener alumnado con discapacidad en su aula. Mesa (2014) y Pegalajar y Colmenero (2017) también hallaron que las mujeres presentan una actitud más favorable que los hombres hacia el alumnado con discapacidad. Sin embargo, Alemany y Villuendas (2004) contradicen estos resultados, ya que en su estudio evidenciaron más actitudes favorables hacia el alumnado con discapacidad en los hombres que en las mujeres. En cuanto a la edad, Pegalajar y Colmenero (2017) observaron que el grupo más joven presentaba actitudes más positivas hacia el alumnado con discapacidad que el grupo de mayor edad, aunque Mesa (2014) observó que el 50% del profesorado mostraba actitudes favorables y el otro 50% actitudes desfavorables.

En cuanto a la variable percepción que tiene el profesorado del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad, el presente estudio va en la misma línea que el estudio de Suriá (2012a), ya que los y las docentes percibían actitudes favorables por parte del alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad, y que era el sexo femenino y el grupo de profesores más jóvenes los que más actitudes favorables percibían. En este mismo sentido, Fernández et al., (2017) indicaron que el profesorado no percibía actitudes desfavorables por parte de su alumnado sin discapacidad hacia el alumnado con discapacidad.

La variable **falta de formación docente** para atender alumnado con discapacidad, ha sido objeto de estudio en algunos estudios. Ávila y Martínez (2013), en el mismo sentido que esta investigación, observaron falta de experiencia y temor de los y las docentes frente a la discapacidad, que, además, estaba asociada a la escasa o nula preparación en el tema de la discapacidad. Cabrera (2008) también confirma los resultados de la presente investigación, ya que observó una carencia de formación de los y las docentes en la atención del alumnado con discapacidad. A su vez, Fernández et al. (2017), también observaron que en los centros educativos el profesorado no se encuentra asesorado por los respectivos servicios de orientación. En cuanto a la edad, los resultados de esta tesis se contradicen con los resultados de Fernández et al. (2017), Padilla (2011) y Suriá (2012a), quienes observaron que el profesorado más joven muestra tener mejor formación para atender al alumnado con discapacidad que el profesorado de mayor edad. En general, la mayoría de los estudios ratifican la falta de preparación del profesorado para atender alumnado con discapacidad (Cruz et al., 2010; Mancilla, 2011; Pegalajar y Colmenero, 2017).

En conclusión, en base a los resultados obtenidos con respecto al segundo objetivo, se puede afirmar que en las escuelas de Ecuador se produce un nivel algo bajo de integración del alumnado con discapacidad motriz. Esta situación puede afectar de forma grave a la normalización y a la igualdad, ya que no se garantiza que las personas con discapacidad reciban una educación similar a la que reciben las personas sin discapacidad. Pero, los datos de este estudio muestran, además, que el profesorado no tiene mucha inquietud por tener alumnado con discapacidad motriz en sus aulas, que no observan conductas de discriminación de los iguales hacia los que tienen discapacidad y creen estar preparados para atender a los estudiantes con discapacidad. Estos datos, en el fondo, parecen contradictorios, ya que el profesorado dice que hay que mejorar las políticas, las prácticas y las culturas inclusivas, que el nivel de integración de este alumnado es bajo, pero, luego, afirma que no les preocupa tener alumnado con discapacidad en sus aulas, que no observan conductas de discriminación entre iguales y que se sienten preparados para atender a este alumnado. Por una parte, el profesorado afirma estar preparado para atender al alumnado con discapacidad, pero, por otra, dice que existe un bajo nivel de integración de las personas con discapacidad en las aulas.

Esta situación pone en evidencia la necesidad de seguir practicando políticas, culturas y prácticas inclusivas, de continuar mejorando los valores, las creencias y las actitudes de los y las docentes hacia la discapacidad y de desarrollar modelos más apropiados de apoyo al alumnado con diversidad funcional.

OBJETIVO 3. Comparar las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas de los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz.

Al comparar a los y las estudiantes con y sin discapacidad motriz, los resultados muestran pocas diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la mayoría de las variables objeto de estudio. No se han encontrado diferencias significativas en autoestima, empatía, conductas sociales positivas con los iguales (consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, liderazgo), conductas sociales negativas (ansiedad social), en la percepción del apoyo social, en la resiliencia, en diversas variables de afrontamiento del estrés (focalizado en el problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, búsqueda de apoyo social, religión), en el bullying (nivel de victimización y de observación de conductas agresivas), ni en ninguno de los síntomas psicopatológicos. Únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en conductas de retraimiento social, en expresión emocional abierta, y en nivel de agresión (bullying). En concreto, el alumnado con discapacidad motriz muestra significativamente mayores puntuaciones en conductas de retraimiento social, y menores puntuaciones en expresión emocional abierta y perpetración de conductas agresivas a otros compañeros y compañeras.

Por consiguiente, la hipótesis 9 se cumple parcialmente ya que sí se ha encontrado que los y las estudiantes con discapacidad motriz comparados con los que no tienen esta discapacidad presentan menor socialización e integración social (más retraimiento social), similar percepción de apoyo social, similar capacidad de resiliencia, y menos recursos para el afrontamiento del estrés (especialmente en la capacidad de expresión emocional abierta). Sin embargo, no se ha encontrado que el alumnado con discapacidad motriz tenga menor autoestima o empatía.

Si se analizan estos resultados con los obtenidos en otras investigaciones, en lo referente a la variable *autoestima*, los resultados de este estudio contrastan con algunos estudios que mostraban que las personas con discapacidad presentaban, en general, una autoestima más baja (Gómez y Jimenez, 2018; Mohammad y Tavakko, 2010; Mushtaq y Akhoury, 2016; Nemček, 2017; Shahnawaz, 2016; Svetlana et al. 2012). Otros estudios, por el contrario, afirman que las personas con discapacidad obtienen puntuaciones altas en autoestima (Iniesta et al., 2014; Janeen et al., 2003; Villaseñor, 2017). Sin embargo, en el estudio de Pérez y Garaigordobil (2007) no se encontraron diferencias significativas entre las personas con discapacidad motriz y sin discapacidad, en la misma línea que este estudio.

Cocemfe (2014), Ozura et al. (2010) y Pérez (2012) en sus estudios encontraron que el alumnado con discapacidad mostraba bajas puntuaciones en *empatía*, pero no realizaron comparaciones entre alumnado con y sin discapacidad. Villaseñor (2017), por su parte, encontró que el alumnado con discapacidad motriz presentaba una empatía más alta que el alumnado con discapacidad auditiva. Por tanto, los resultados de estos estudios se contradicen con los resultados de la presente investigación, ya que en el alumnado con discapacidad de esta muestra de Ecuador no se observaron diferencias significativas con respecto al alumnado sin discapacidad en esta variable.

En el presente estudio tampoco se han encontrado diferencias significativas entre el alumnado con y sin discapacidad en la variable *conducta social*, pero si se han observado mayores puntuaciones en conductas de *retramiento social*. La mayoría de los estudios observan problemas de conducta social en los y las estudiantes con discapacidad (Hendi et al., 2017; Jorajuria, 2013; Suriá, 2017b), ya que en la mayoría de los casos se producen problemas de integración (Idoia, 2013; Pinat, 2016). Botero y Londoño (2013), sin embargo, en línea con los resultados de este estudio, observaron que las personas con discapacidad motriz presentaban mayores dificultades de relación, menos habilidades sociales y mayor inadecuación social.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en la variable *apoyo social percibido*. Los estudios contradicen estos resultados, ya que en general, se observa que las personas con discapacidad perciben más apoyo de la familia (Marques et al., 2015; Silia et al., 2006; Singh et al., 2011), en las redes sociales (Suriá, 2017a,b), o más apoyo

en general (Barra, 2004; Gonzalez et al., 2012). Aunque Colver et al. (2010) encontró que las personas con discapacidad física tenían menos soporte social de la familia y amigos.

En lo referente a la variable *resiliencia*, salvo Alriksson et al. (2007) que encontraron que las personas con discapacidad física son menos resilientes, la mayoría de los estudios afirman que estas personas presentan niveles medios y altos de resiliencia (Cocemfe, 2014; Jara y Once, 2018; Suriá, 2014b; Suriá, 2016b; Suriá et al., 2015; Villaseñor, 2007). Además, factores como el tener pareja (Mendoza, 2009) o el uso de las redes sociales (Suriá, 2015a) eleva los niveles de resiliencia. Estos resultados difieren de los obtenidos en este estudio, en el que no se encontraron diferencias significativas entre las personas con y sin discapacidad física.

No se han encontrado estudios que hayan analizado el *afrentamiento al estrés* en personas con discapacidad motriz. No obstante, Shahnawaz y Deoshree (2016) encontraron que las personas con discapacidad presentaban niveles más altos de estrés que las personas sin discapacidad, lo cual incidida negativamente en la autoestima, en el riesgo de padecer depresión y en la presentación de mayores niveles de ansiedad. El presente estudio tampoco ha encontrado diferencias significativas entre las personas con y sin discapacidad en esta variable, salvo en *expresión emocional abierta* en la que las personas con discapacidad motriz han presentado puntuaciones más elevadas. Esta dimensión hace referencia a que la persona manifiesta abiertamente la emoción que está experimentando.

En consecuencia, los resultados de la presente investigación en relación a las variables autoestima, empatía, conductas sociales, percepción del apoyo social, afrontamiento al estrés y resiliencia, en general, contradicen los resultados de otros estudios dado que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos con y sin discapacidad. Sin embargo, si se han encontrado diferencias en retraimiento social y en expresión emocional abierta.

Una de las cuestiones que hay que tomar en cuenta es que existen pocos estudios que comparen grupos de personas con y sin discapacidad motriz y los pocos que existen pocas veces analizan las mismas variables que se han planteado en este estudio. Además, esos estudios difieren en los instrumentos de evaluación utilizados y en las características de los y las participantes, lo cual dificulta la comparación.

Los resultados obtenidos con la muestra de este estudio en autoestima (no diferencias) se han podido derivar del trabajo que se ha venido realizando, tanto por parte de las organizaciones sociales, como por los centros educativos con las personas con discapacidad y con las familias. El trabajo realizado incluía temas como la discapacidad y sociedad, valores inclusivos, desarrollo socio-afectivo, derechos, etc. y esta preparación se refleja en los estudiantes con discapacidad que muestran tener una autoestima en igual condición que el alumnado sin discapacidad. Respecto a la empatía y la conducta social, se deduce que al haber seleccionado para el presente estudio participantes con una edad entre 11 y 18 años que no tuvieran discapacidad cognitiva, favorece que muestren niveles empáticos similares al alumnado sin discapacidad, ya que estas características les permiten comprender las situaciones emocionales de los demás de la misma manera que el resto. Lo mismo ocurre con la conducta social, estos rangos de edad y cognitivos, les hace conscientes del autocontrol y las consideraciones con los demás, favoreciendo las relaciones sociales en iguales condiciones que aquellos que no tienen discapacidad.

Referente al apoyo social, las redes sociales cumplen un papel fundamental ya que esto hace que aumente el grupo de amigos, que aunque no puedan compartir momentos físicamente, lo hacen de manera virtual, fomentando la ayuda social, al igual que el alumnado sin discapacidad. Compartir el centro educativo con iguales sin discapacidades, tener amigos, motivación de los profesores y contar con la ayuda familiar disminuye el estrés del alumnado con discapacidad, afrontando esta situación de mejor manera. Una de las características positivas del alumnado con discapacidad motriz es la perseverancia, lo que les conduce a ser más resilientes y a sobresalir ante las adversidades, sobre todo si tienen el apoyo en la familia, en el colegio y en los amigos. Estos criterios pueden explicar en parte la razón por la que los resultados de este estudio contradicen investigaciones previas.

El alumnado con discapacidad motriz que no ha sido incluido precozmente en programas de estimulación temprana, en actividades sociales o que han tenido experiencias negativas, tiene dificultades de participación activa en los grupos de iguales, se muestran tímidos y en ocasiones llegan a un aislamiento total. Se podría inferir que las actividades realizadas por los miembros de las comunidades educativas para el

desarrollo de las habilidades sociales, no han cumplido sus expectativas con respecto al alumnado con discapacidad motriz, y por ello, muestran más retraimiento social. Estas condiciones conllevan, que los estudiantes con discapacidad motriz disminuyan su red de amigos, que no tengan confianza para expresar sus emociones con los demás, evitan y no se enfrentan a sus conflictos a tiempo, van acumulando problemas sin exteriorizarlos y esta situación en el futuro complica más la situación. Esta situación, también podría explicar que en el presente estudio los y las estudiantes con discapacidad motriz muestren diferencias significativas en expresión emocional abierta en comparación con los estudiantes sin discapacidad.

Siguiendo con el presente estudio, la hipótesis 10 se cumple parcialmente ya que los resultados muestran que los y las estudiantes con discapacidad motriz, comparados con aquellos que no tienen esa discapacidad, han realizado menos conductas agresivas de acoso a otros compañeros, sin embargo, la hipótesis no se cumple totalmente ya que tienen similar nivel de síntomas psicopatológicos y también han sufrido similar nivel de victimización cara-a-cara.

Concretamente los estudios que han analizado la variable *bullying*, afirman que las personas con discapacidad han sufrido bullying por parte de sus compañeros y compañeras sin discapacidad, es decir, han sufrido mayor victimización o acoso presencial (Frainey et al., 2016; His et al., 2015). Por tanto, estos estudios contradicen los resultados hallados en el presente estudio, ya que no se han encontrado diferencias significativas en ambos grupos en victimización. En *perpetración de conductas agresivas* a otros compañeros y compañeras en este estudio se ha encontrado menor nivel de perpetración de conductas agresivas hacia iguales por parte de los estudiantes con discapacidad motriz, aunque His et al. (2015) observaron que algunas personas con discapacidad también habían perpetrado conductas agresivas a otros compañeros y compañeras.

En cuanto a los estudios relacionados con los *síntomas psicopatológicos*, los resultados de este estudio nuevamente se contradicen con los obtenidos en otros estudios, ya que, en general, los estudios comparativos realizados con personas con y sin discapacidad muestran que las personas con discapacidad presentan puntuaciones más elevadas en muchos de los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión,

obsesión-compulsión, psicoticismo) (Jaben, et al., 2016; Mirzaei et al., 2012; Pérez y Garaigordobil, 2007; Uca et al., 2016;). Otros estudios realizados sin comparar ambos grupos, también han observado que las personas con discapacidad (tanto motriz como otras discapacidades) presentan elevados niveles de síntomas psicopatológicos (Barra, 2014; Ozura et al., 2010; Sorin et al., 2014). Más concretamente, algunos estudios han medido los niveles de depresión y ansiedad de forma comparativa y la mayoría han observado que las personas con discapacidad presentan niveles más elevados de depresión y ansiedad (Botero y Londoño, 2013; Mirzaei et al., 2012; Uca et al., 2016), salvo Shahnawaz y Deoshree (2016) que hallaron que las personas con discapacidad tenían menos síntomas depresivos y menos ansiedad que las personas sin discapacidad. Sorin et al. (2014), sin embargo, encontraron que las personas con discapacidad no presentaban diferencias en cuanto a síntomas depresivos, en el mismo sentido que los resultados de este estudio.

OBJETIVO 4. Analizar si en el alumnado con discapacidad motriz existen diferencias en las características psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos, en función del sexo, la edad, el grado y la causa de la discapacidad

Diferencias en función del sexo

En el alumnado con discapacidad motriz los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de varones y mujeres en variables psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos muestran pocas diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. No se han hallado diferencias en autoestima, empatía, conductas sociales de consideración con los demás, retraimiento social y liderazgo, en algunas variables de percepción de apoyo social (apoyo instrumental, interacción social positiva), en resiliencia, en afrontamiento del estrés, en el nivel de observación de conductas de bullying, y en síntomas psicopatológicos.

Únicamente se evidencian diferencias, con puntuaciones significativamente superiores en las chicas, en conductas de autocontrol (muchas conductas de

acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia en el mutuo respeto, bajo nivel de conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina), ansiedad social (miedo, nerviosismo, timidez, apocamiento, vergüenza... en las relaciones sociales), y apoyo social percibido (percepción de la ayuda a la que puede acceder a través de los lazos sociales con otros sujetos, grupos y comunidad global, tanto emocional, informacional y afectivamente). También se hallaron diferencias en las variables victimización y perpetración de bullying, observándose puntuaciones significativamente superiores en los varones, confirmando mayor nivel de conductas de bullying cara-a-cara físicas (pegar, golpear, empujar, romper o robar objetos...), verbales (insultos, motes, desvalorizaciones verbales...), sociales (exclusión del grupo de iguales), y psicológicas (humillación, chantajes, amenazas...) en los chicos, como víctimas y como agresores.

En síntesis, las chicas realizan más conductas de autocontrol y de conductas de ansiedad social, perciben más la ayuda a la que pueden acceder a través de los lazos sociales, tanto emocional, informacional y afectivamente. Sin embargo, los chicos son más víctimas y perpetradores de bullying, lo que es coherente con los resultados de los estudios epidemiológicos sobre este fenómeno.

Por lo tanto, se confirma casi completamente la hipótesis 11, ya que no se han hallado diferencias entre sexos en autoestima, resiliencia, afrontamiento del estrés, y síntomas psicopatológicos; Además, se ha encontrado que las chicas tienen más conductas de autocontrol en las relaciones sociales, más conductas de ansiedad social, y menos victimización y perpetración de acoso presencial (conductas agresivas físicas, verbales, sociales y psicológicas). Únicamente no se encontró mayor nivel de empatía como se había hipotetizado.

Algunos estudios coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación. Así, en la variable *autoestima*, los estudios de Gómez y Jimenez (2018) y Pérez y Garaigordobil (2007) apuntan en la misma dirección, ya que tampoco encontraron diferencias en autoestima en función del sexo. Sin embargo, Mohammad y Tavakko (2010) contradicen estos resultados, ya que en su estudio hallaron que las mujeres con discapacidad tenían menos autoestima. Otros estudios, que no han realizado comparaciones, pero si han estudiado población con discapacidad motriz,

encontraron también resultados contradictorios. Así, Villaseñor (2017) encontró que las niñas con discapacidad motriz tenían mejor autoestima. Pero, Janeen et al. (2003), hallaron que eran los chicos quienes presentaban mayor autoestima.

En cuanto a la variable *resiliencia*, un estudio de Suriá (2014b) apunta en el mismo sentido que el presente estudio, ya que tampoco hallaron diferencias en función del sexo. Gómez y Jiménez (2018), por su parte, encontraron que tanto hombres como mujeres con discapacidad presentaban menos resiliencia que las personas sin discapacidad. Villaseñor (2017), por el contrario, halló que los chicos eran más resilientes que las niñas con discapacidad motriz. No se han hallado estudios que muestren si existen diferencias en función del sexo en lo referente *al afrontamiento del estrés*.

En el estudio de Pérez y Garaigordobil (2007) tampoco se hallaron diferencias en *síntomas psicopatológicos* en función del sexo en personas con y sin discapacidad, en el mismo sentido que los resultados obtenidos en el presente estudio. Sin embargo, Mirzaei et al. (2012) sí encontraron diferencias, ya que las mujeres presentaban más depresión y más somatización.

En este estudio se ha encontrado que las chicas presentan más conductas de autocontrol en las relaciones sociales. Tal y como se ha comentado con anterioridad, las investigaciones que han estudiado la *conducta social* han sido realizadas con otros instrumentos de evaluación, por lo que los resultados no pueden ser comparados. Aún así, es reseñable que Suriá (2012c) en sus estudios encontró diferencias significativas según el sexo, siendo las mujeres las que más habían desarrollado habilidades sociales mediante la utilización de las redes sociales. Otro estudio de Suriá (2017a), informó que fueron las mujeres quienes puntuaron significativamente más alto que los varones en todas las dimensiones de la conducta social. Sin embargo, Piñat (2016) no encontró diferencias en cuanto al sexo y Hendi et al. (2018) hallaron que las mujeres presentaban más problemas de conducta social.

Los resultados obtenidos en este estudio relacionados con la variable *empatía* tampoco han encontrado diferencias en función del sexo. Estos resultados son contradictorios con los de Villaseñor (2017) quien afirmó que los chicos con discapacidad presentaban mejores puntuaciones en empatía.

En este estudio tampoco se encontraron diferencias en variables de *percepción de apoyo social* en las subdimensiones de apoyo instrumental e interacción social positiva. Sin embargo, sí se hallaron diferencias en apoyo social percibido tanto emocional como afectivo. La investigación de González et al. (2012) confirma parcialmente los resultados obtenidos en apoyo social, ya que en dicha investigación las mujeres puntuaron alto tanto en apoyo emocional e interacción social positiva; pero, los resultados se contradicen dado que en dicha investigación los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en apoyo instrumental y apoyo afectivo. Asimismo, el estudio de Suriá (2017a) contradice los resultados de este estudio ya que los hombres con discapacidad motora presentaron puntuaciones medias más elevadas de apoyo social que las mujeres.

A continuación se intentará dar una explicación a los resultados obtenidos. Los resultados referentes a las puntuaciones altas en las chicas en conductas de autocontrol, podrían explicarse por la influencia de los patrones culturales. En la sociedad ecuatoriana, es común que las chicas desarrollen mejores conductas sociales que los chicos y por lo tanto asimilan con mayor facilidad las reglas y normas sociales. En cuanto que las chicas tienen puntuaciones más altas que los chicos en ansiedad social, se podría pensar que las chicas tienen más vergüenza de su condición física que los chicos, el miedo a ser rechazadas les hace estar o sentirse nerviosas y más tímidas. Con respecto a las puntuaciones superiores de apoyo social percibido en las chicas, haciendo énfasis nuevamente en la cultura, las mujeres aceptan más ayuda que los hombres, desarrollan vínculos de apego y afectivos más fuertes con sus familiares y amigos cercanos, lo que les hace percibir apoyo social, ya sea de tipo emocional, orientación y consejo, o disponibilidad de hacer cosas divertidas más que los chicos. En la misma línea y con respecto a las puntuaciones superiores en victimización y perpetración de bullying en los hombres, se podría pensar que en los contextos social y deportivos, los chicos ganan espacio, se exponen más al fracaso y a la exclusión de grupos, siendo víctimas de agresiones tanto físicas, sociales y psicológicas. Esta situación provoca que tengan que defenderse, lo que les convierte en víctimas y al mismo tiempo agresores.

En cuanto al bullying, este estudio ha confirmado que se produce más victimización y perpetración de bullying en chicos, tanto como víctimas como agresores,

pero no se han observado diferencias significativas entre chicos y chicas en el nivel de observación de conductas de bullying. Estos datos son contradictorios con respecto a los obtenidos por His et al. (2015), ya que en su estudio no observaron diferencias significativas en cuanto al género; aunque un porcentaje de los y las estudiantes con diversas discapacidades que participaron en ese estudio, afirmaron haber experimentado victimización entre compañeros en el último año, y haber intimidado a otros durante ese período.

En este sentido, la explicación a los resultados obtenidos en este estudio, y ahondando en explicaciones dadas con anterioridad, podría ser que en el contexto ecuatoriano los chicos con discapacidad motriz tienen más libertad de participación en actividades sociales, deportivas y de esparcimiento que las chicas, ya sea dentro o fuera del centro escolar. En estos espacios en los que el control disciplinario es reducido, el alumnado, por su condición de discapacidad, presenta posturas, movilidad o comunicación distorsionada, recibiendo agresiones, sobre todo social y psicológica. Como mecanismo de defensa, ellos responden también con agresiones, incluso de tipo físico. Por ello, los chicos se convierten en víctimas y agresores más que las chicas. Respecto a que no se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de observación de conductas de bullying, tanto los varones como las mujeres, no quieren involucrarse, en ocasiones reciben amenazas y es común que prefieran callar antes de informar sobre la situación que están padeciendo.

Diferencias en función de la edad

En el alumnado con discapacidad motriz los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de tres grupos de edad (11-13, 14-15, 16-18 años) en variables psicosociales, de personalidad y síntomas psicopatológicos, únicamente se muestran diferencias significativas en dos variables: perseverancia y victimización por bullying. Los datos evidencian un aumento significativo de la perseverancia a medida que aumenta la edad, mientras que las conductas de victimización por bullying disminuyen significativamente. En el resto de las variables no se encuentran diferencias en función de la edad.

Por consiguiente, la hipótesis 12 se cumple, ya que el alumnado con discapacidad motriz a medida que aumenta la edad muestra un incremento al menos en una variable de la resiliencia (perseverancia) y una disminución de las conductas de bullying presencial.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son acordes con los obtenidos por Suriá (2014b) quién observó que el grupo de personas con discapacidad de mayor edad mostraba mejores puntuaciones en *resiliencia*. En cuanto al *bullying*, His et al. (2015) contradicen los resultados de la presente investigación, ya que observaron que los estudiantes con discapacidad física de mayor edad (secundaria) experimentaban mayor victimización.

Por su parte, Hendi et al. (2018) encontraron que no había diferencias en *conducta social* en el mismo sentido que la presente investigación. Pero, Idoia (2013) contradijo estos resultados, ya que en su estudio encontró que a mayor edad menor aceptación de los compañeros con discapacidad motriz.

En cuanto a *apoyo social percibido*, los resultados de Suriá (2017a) van en la misma línea que los obtenidos en esta investigación, es decir, no se encontraron diferencias en apoyo social en función de la edad. Silya et al. (2006), observaron que cuanto más jóvenes eran los y las participantes, mayor soporte familiar recibían. El resto de estudios no informan en torno a diferencias en función de la edad en las variables de estudio de la presente investigación.

Por tanto, los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de tres grupos de edad únicamente muestran un aumento significativo de la perseverancia a medida que aumenta la edad, mientras que las conductas de victimización por bullying disminuyen significativamente. En el resto de las variables no se encuentran diferencias en función de la edad.

Estos resultados se podrían explicar por el nivel madurativo de las personas. Parece ser que a más edad, mayor maduración evolutiva, y más conciencia de los logros obtenidos. Por tanto, se produce un aumento del compromiso consigo mismo y mayor persistencia ante la adversidad, lo cual se muestra en un fuerte deseo de logro y una mayor autodisciplina. Esto explicaría los resultados del presente estudio, es decir, que a medida que aumenta la edad, se produce una mayor persistencia en los adolescentes

con discapacidad motriz. Además, esta situación está relacionada con que disminuyan las conductas victimización por bullying, ya que a mayor edad sienten más seguridad, muestran de lo que son capaces y logran el respeto de los demás.

Diferencias en función del grado de discapacidad

Los resultados muestran diferencias significativas en función del grado de discapacidad en tres variables: autoestima, somatización y ansiedad. En autoestima aquellos que tenían discapacidad grave mostraban significativamente mayor autoestima. En síntomas de somatización y en síntomas de ansiedad aquellos que tenían discapacidad leve mostraban significativamente mayores puntuaciones que los que tenían moderada o grave. No se hallaron diferencias en función del grado de discapacidad en empatía, conductas sociales, apoyo social percibido, resiliencia, afrontamiento del estrés, bullying, y en muchos de los síntomas psicopatológicos.

Los resultados refutan parcialmente la hipótesis 13, ya que apenas se han encontrado diferencias en función del grado de discapacidad, y cuando se han encontrado contradicen la hipótesis que postulaba que a mayor gravedad menor adaptación general.

Nemček (2017) confirma los resultados de este estudio en lo referente a la variable autoestima, ya que este autor reportó que el grupo de personas con discapacidad física inactiva (discapacidad grave) presentaba baja autoestima indicando que se sienten inútiles, que quisieran tener más respeto por sí mismos y no se sentían buenas personas. No se han encontrado estudios que relacionen el resto de variables con el grado de discapacidad, salvo el estudio de Frainey et al. (2016), que también contradice los resultados con respecto a la variable bullying, ya que en su investigación hallaron que personas con moderado daño y aquellos con discapacidad motora gruesa sufrían más conductas de bullying.

El alumnado con discapacidad motriz grave que ha tenido todo el apoyo de la familia, la apertura en el centro escolar, los recursos y materiales para potenciar sus habilidades motrices y de aprendizajes, ha alcanzado los logros esperados, tanto en la inclusión familiar, escolar y social. Estos logros los revalorizan como personas, se sienten

útiles afianzando niveles altos de autoestima. Los adolescentes con discapacidad motriz leve, realizan la función por sí solos aunque con dificultad, a diferencia de los que tienen discapacidad moderada o grave, que tienen ayudas técnicas o de otra persona. Por tanto, el alumnado con discapacidad motriz leve se esfuerza mucho realizando sus actividades, en cierto modo, compitiendo con el que no tiene discapacidad. Se teoriza que hay más deterioro energético, mental y emocional, exponiéndose a síntomas de somatización más que los que tienen discapacidad moderada y grave. Lo mismo ocurre en lo referente a las puntuaciones superiores en los síntomas de ansiedad en los que tienen discapacidad motriz leve, que con el deseo de perfeccionar la actividad para disimular la limitación, aumentan los síntomas de ansiedad.

Diferencias en función de la causa de la discapacidad

Al comparar si existen diferencias en rasgos psicosociales, de personalidad y psicopatológicos en función de las causas de la discapacidad motriz (congénita, hereditaria, adquirida) los resultados confirman ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las variables objeto de estudio, es decir, las causas de la discapacidad no afectan a ninguna variable. Por lo tanto, la hipótesis 14 se confirma.

Estos resultados no han podido ser contrastados con los resultados de otros estudios, ya que los mismos no han analizado diferencias en las variables de estudio en función de la causa de la discapacidad (congénita, hereditaria, adquirida), es un vector original de exploración de esta investigación.

A partir de este estudio se deduce que el origen o la causa (congénita, genética o adquirida) que provoca la discapacidad motriz, no repercute en los rasgos psicosociales, de personalidad y psicopatológicos. Esta situación puede estar relacionada con las edades tempranas de los participantes, de si su condición de discapacidad se presentó desde el nacimiento o en la infancia. Si la discapacidad fue adquirida en una edad adulta, suele ser muy común que se asocie a síntomas psicopatológicos como ansiedad, depresión, etc. Además suelen expresar tristeza, miedo, ira, angustia, rabia, poca empatía, baja autoestima, poca resiliencia, y habilidades sociales limitadas como respuesta.

8.2. APORTACIONES, LIMITACIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Una vez que se han discutido cada uno de los objetivos planteados en este estudio, es necesario destacar las aportaciones y sus limitaciones, a fin de tener en cuenta en las futuras líneas de investigaciones que se abren en el área de la Inclusión e Integración Educativa de alumnado en situación de discapacidad física.

8.2.1. Aportaciones del estudio

En cuanto a las aportaciones, el propósito de este estudio ha sido ofrecer al Estado, de manera particular a las autoridades del Ministerio de Educación del Ecuador, información relevante referente al estado de Inclusión e Integración educativa de los adolescentes en situación de discapacidad física. Esta información puede sustentar la toma de decisiones para formular o potenciar las políticas educativas tanto nacionales como locales, y podrían favorecer el ingreso, participación y permanencia de los adolescentes con discapacidad física, en igualdad de condiciones que los estudiantes sin discapacidad. El estudio también aporta notable información a los directivos y directivas de las instituciones educativas, para que fundamenten la implementación o la mejora de los proyectos educativos institucionales, en función del alumnado con discapacidad motriz, y en concordancia con el trabajo realizado por el departamento de consejería estudiantil. Además sirve de base para que los directivos y directivas realicen programas de capacitación docente sobre la atención educativa al alumnado en situación de discapacidad, con el objetivo de que los y las docentes adquieran las competencias necesarias en este tema y, de este modo, poder minimizar las barreras de prácticas inclusivas en los diferentes centros educativos. A nivel de alumnado y padres de familia, también ofrece valiosa información, para que se establezcan campañas sensibilizadoras sobre inclusión/exclusión e integración/segregación, de tal manera que la diversidad se valore como una oportunidad de crecer juntos en una comunidad educativa que busca el bienestar de todos sus integrantes.

Los resultados de las características psicosociales, de personalidad y psicopatológicas, ofrecen información importante a los profesionales de los departamentos de consejería estudiantil, ya que el alumnado con discapacidad motriz

debe ser evaluado en estas características, para que el profesorado tenga en cuenta las características psicosociales del alumnado con discapacidad motriz en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, tendrían que fortalecer otros factores como las habilidades sociales o intentar mejorar el apoyo social, entre otros.

8.2.2. Limitaciones del estudio

Limitaciones concernientes a los estudios previos

Con respecto a las limitaciones del estudio, una de las áreas que presentó mayores limitaciones, ha sido la referente a los estudios previos. A nivel mundial se cuenta con pocas investigaciones que hayan estudiado a los y las adolescentes con discapacidad física incluidos en el sistema educativo ordinario. Los estudios que se realizan más frecuentemente se centran en otras discapacidades y en edades más tempranas. Cabe mencionar que esta carencia de estudios y reflexiones dificultan la formulación de políticas públicas que contemplen la toma de decisiones institucionales a favor de este alumnado, y de manera más concreta, las políticas dirigidas a los ciclos de básica superior y bachillerato que cursan los y las adolescentes, empeorando aún más su situación de vulnerabilidad.

Limitaciones relativas a la muestra

De acuerdo a la búsqueda, los estudios en este campo están más centrados en la discapacidad visual e intelectual. En cuanto a la edad, los esfuerzos realizados en inclusión educativa, en la mayoría de los casos, han sido en los primeros ciclos de formación educativa como son: inicial, básica elemental y básica media, ya que son los niveles con mayor presencia de alumnado con discapacidad. Esta situación dificultó la obtención del número de participantes requeridos de acuerdo a los criterios inclusivos. Por tanto, otra limitación es que los participantes hayan sido de varias instituciones educativas y de tres ciudades, lo que demandó de más recursos para su ejecución, sin embargo se valora la riqueza de la información obtenida.

Limitaciones inherentes a las políticas educativas

Por otro lado, el Estado Ecuatoriano se encuentra en una profunda reforma educativa. Esta reforma restringe el ingreso a los centros educativos, lo que limita la participación plena en pro de una comunidad inclusiva. Esta limitación se extiende al profesorado que no tiene la libertad de expresarse abiertamente y brindar la información completa.

Limitaciones referentes a la recogida de la información

Algunos docentes participantes de esta investigación, al momento de responder los instrumentos mostraron inquietud, indicando que casi todos los estudios están focalizados a investigar situaciones negativas sobre la educación inclusiva como: deficiencias en la participación docente, carencia de recursos, exclusión, segregación, entre otros. Estos y estas docentes sugieren que se realicen investigaciones que divulguen la parte positiva de la inclusión educativa; si bien es cierto que hay deficiencias, también existen resultados positivos que aún no están siendo publicados.

8.2.3. Implicaciones

El estudio realizado ha permitido realizar un acercamiento a los centros educativos que atienden a adolescentes con discapacidad física, observando una realidad en la que no todos los miembros de la comunidad educativa están comprometidos con la atención a la diversidad, específicamente en la atención a la discapacidad.

Desde el punto de vista práctico, el análisis de los resultados obtenidos mediante este estudio alcanza importantes implicaciones para el desarrollo de la inclusión educativa, la comunidad educativa y futuras líneas de investigación que se planteen en el campo de la educación inclusiva. Para lo cual a continuación se plantean algunas sugerencias.

Respecto a las implicaciones en los centros educativos, se trataría de impulsar una cultura inclusiva a través de charlas sensibilizadoras en la que participen directivos, docentes, padres de familia y alumnado con y sin discapacidad. En esas charlas se deberían abordar temas relacionados con la discapacidad física, inclusión/exclusión, integración/segregación, haciendo énfasis en las creencias, en los valores inclusivos, en la convivencia, y así lograr una cultura inclusiva, creando una comunidad educativa segura, placentera, participante, en la que todos y todas se sientan parte del proyecto educativo.

Asimismo, se han de promover prácticas inclusivas y formar a los y las docentes en atención a la diversidad, de tal forma que el profesorado desarrolle los conocimientos y las competencias necesarias para atender alumnado con discapacidad, logrando que identifiquen y comprendan las barreras del aprendizaje y la participación, y, así, poder minimizarlas.

Se debe potenciar la formulación de políticas inclusivas que permitan cumplir leyes, metas, prácticas administrativas y partidas presupuestarias, y lograr la promoción de igualdad de derechos de las personas en situación de discapacidad. Por tanto, las políticas institucionales educativas deben estar centradas en la gestión de los aprendizajes, en la organización, dirección y administración de los recursos y materiales.

8.2.4. Futuras líneas de investigación

Los hallazgos encontrados en el presente estudio, han permitido identificar y profundizar la situación de la educación inclusiva de adolescentes con discapacidad motriz, gracias a la participación de los centros educativos y del equipo investigador. Esos hallazgos, a su vez, han servido de inspiración para proponer futuras investigaciones en el área de la educación inclusiva que fortalezcan la adaptación del alumnado en situación de discapacidad física.

Línea 1: Profundizar en estudios de las diferentes variables relacionadas con el alumnado en situación de discapacidad motriz adaptados en el sistema educativo ordinario.

La realización de estudios sobre las diferentes variables de los y las adolescentes con discapacidad motriz que se encuentran incluidos en el sistema educativo regular, permite sustentar la formulación de políticas educativas que contemplen la toma de decisiones institucionales a favor de este alumnado.

Línea 2: Analizar las políticas educativas en el sistema educativo ecuatoriano

Una revisión profunda de la política educativa, servirá de sustento para lograr el fortalecimiento de la educación inclusiva de estudiantes en condición de discapacidad. La gestión adecuada de programas de educación continua dirigida a los y las docentes como política institucional, conlleva la realización de una buena práctica docente hacia la atención de los estudiantes con discapacidad. Por otro lado, implementar campañas sensibilizadoras sobre inclusión/exclusión e integración/segregación puede derivar en unas buenas culturas inclusivas en la comunidad educativa. Además, una buena gestión y redistribución de los recursos permite eliminar barreras físicas e implementar los centros educativos de material adaptado y equipos tecnológicos necesarios para el acceso al currículo de todo el alumnado. Por tanto, la aplicación de políticas inclusivas educativas es la base para el éxito de la inclusión de los estudiantes que presentan discapacidad física.

Línea 3: Evaluar proyectos educativos inclusivos

El colectivo docente muestra la necesidad de realizar una evaluación pertinente a los programas de educación inclusiva. Afirman que así como existen instituciones educativas que no hacen énfasis en la atención a la diversidad (concretamente con alumnado en situación de discapacidad), también existen instituciones educativas que realizan grandes esfuerzos para dar respuesta a las necesidades educativas de este alumnado. Futuras investigaciones en esta área permitirán divulgar los aspectos positivos y logros obtenidos, para que sirvan de modelo en otras instituciones educativas y los docentes se motiven capacitándose permanentemente en educación inclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, A., Lara, R., Martínez, H., & Tinajero, A. (2015). *Estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes de bachillerato*. Obtenido de https://feriadelasciencias.unam.mx/antiores/feria23/feria159_02_estilos_de_afrontamiento_al_estres_en_estudiantes_.pdf
- Aguado, T. (2011). El enfoque intercultural en la búsqueda de buenas prácticas escolares. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 5(2), 23-42. Obtenido de <http://www.ub.edu/obipd/PDF%20docs/Formaci%C3%B3%20Inicial/Educaci%C3%B3%20Secundaria/Publicacions/EI%20enfque%20intercultural%20en%20la%20busqueda%20de%20buenas%20practicas%20escolares.pdf>
- Ainscow, M. (2004). *Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Madrid, España: Narcea.
- Ainscow, M. (2007). Taking an inclusive turn. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 7(1), 3-7. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2007.00075.x>
- Ainscow, M., Beresford, J., Harris, A., Hopkins, D., & West, M. (2001). *Crear condiciones para la mejora del trabajo en el aula: Manual para la formación del profesorado*. Madrid, España: Narcea.
- Ainscow, M., Booth, T., & Dyson, A. (2006). *Improving Schools, Developing Inclusion*. New York, Estados Unidos: Routledge.
- Alborno, N., & Gaad, E. (2014). Index for Inclusion: a framework for school review in the United Arab Emirates. *British Journal of Special Education*, 41(3), 231-248. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12073>
- Aleman, I., & Villuendas, M. (2004). Las actitudes del profesorado hacia el alumnado con necesidades educativas especiales. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 11(34), 183-215. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503408>
- Ariksson, A., Wallander, J., & Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 370-379. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl002>
- Álvarez, M., Castro, P., Campo, M., & Álvarez, E. (2005). Actitudes de los maestros ante las necesidades educativas específicas. *Psicothema*, 17(4), 601-606. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3152>
- Arias, I., Arraigada, C., Gavia, L., Lillo, L., & Yáñez, I. (2005). *Integración escolar. Visión de la Integración de niños/as con NEE (Necesidades Educativas Especiales) desde la perspectiva de profesionales y alumnos/as*. (Tesis de grado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106490>
- Arnaiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Madrid, España: Algibe.
- Ávila, M., & Martínez, A. (2013). *Narrativas de los y las docentes sobre la Inclusión de niños y niñas con discapacidad en primera Infancia en el Jardín infantil Colinas y el Instituto de Integración Cultural (IDIC)*. (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá, Colombia. Obtenido de <http://repositorio.cinde.org.co/handle/20.500.11907/1499>

- Avramidis, E., & Norwich, B. (2002). Teachers' attitudes toward integration/inclusion: a review of the literature. *European Journal of Special Needs Education, 17*(2), 129-147. <https://doi.org/10.1080/08856250210129056>
- Avramidis, E., Bayliss, P., & Burden, R. (2000). A Survey into Mainstream Teachers' Attitudes Towards the Inclusion of Children with Special Educational Needs in the Ordinary School in one Local Education Authority. *Educational Psychology, 20*(2), 191-211. <https://doi.org/10.1080/713663717>
- Banaji, M., & Prentice, D. (1994). The self in social contexts. *Annual Review of Psychology, 45*, 297-332. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.45.020194.001501>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, 14*(2), 237-245. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo Veintiuno, España Editores, S.A.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2013). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Berrueto, P. (2006). Educación inclusiva en las escuelas canadienses. Una mirada desde la perspectiva española. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 20*(2), 179-207. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411341012>
- Bonals, J., & Sánchez, M. (2007). *Manual de asesoramiento Psicopedagógico*. Barcelona, España: Grao.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Madrid, España: Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva.
- Botero, P., & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología, 16*(2), 125-137. <https://www.doi.org/10.41718/ACP.2013.16.2.12>
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona, España: Paidós.
- Bravo, S., Villafuerte, J., Ramírez, X., Luzardo, L., & Zambrano, T. (2017). Estudiantes con discapacidad física y el acceso a Tecnologías de Información y Comunicación en centros escolares. *Investigación Cualitativa en Educación, 1*, 62-71. Obtenido de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/download/1493/1449/>
- Bryer, F., Grimbeek, P., Beamish, W., & Stanley, T. (2004). How to use the Parental Attitudes to Inclusion scale as a teacher tool to improve parent-teacher communication. *Issues in Educational Research, 14*(2), 105-120. Obtenido de <https://eric.ed.gov/?id=EJ807957>
- Bulnes, A., Bográn, A., & Hernández, M. (2011). *Discapacidad Motora en niños*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/48136629/Discapacidad-Motora-en-ninos-INFORME-Final3>
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cabrera, M. (2008). Accesibilidad, Equidad e Inclusión social en la Educación Superior. *Primer encuentro latinoamericano y del Caribe de Directores de bienestar y responsables de servicios estudiantiles en IES y XXIX Pleno nacional bienestar universitario*. Conferencia llevada a cabo en la Universidad de Santiago de Cali, Cali, Colombia.

- Carrington, S., & Elkins, J. (2002). Comparison of a traditional and an inclusive secondary school culture. *International Journal of Inclusive Education*, 6(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/13603110110061754>
- Castejón, J., & Navas, L. (2009). *Unas Bases psicológicas de la educación especial*. Alicante, España: Club Universitario.
- Castellanos, G., Rodríguez, R., & Castellanos, C. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 45(2), 110-117. Obtenido de <http://psiqu.com/2-14125>
- Chiner, E. (2011). *Las percepciones y actitudes del profesorado hacia la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales como indicadores de prácticas educativas inclusivas en el aula*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19467>
- COCEMFE. (2014). *Repercusiones de la discapacidad en las personas*. Obtenido de Confederación Española de Personas con Discapacidad Física : <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/44-repercusiones-de-la-discapacidad-de-la-persona-repercusiones-actitudes-frente-a-la-discapacidad-actitudes-sentimientos-complicados-conclusion>
- Colver, A., Dickinson, H., Parkinson, K., Arnaud, C., Beckung, E., Fauconnier, J., . . . Thyen, U. (2010). Access of children with cerebral palsy to the physical, social and attitudinal environment they need: a cross-sectional European study. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 1-8. <http://doi.org/10.3109/09638288.2010.485669>
- Coopersmith, S. (1996). *The Antecedents of Self Esteem Consulting*. Estados Unidos: Psychologist Press.
- Cruickhank, W. (2007). *El niño con daño cerebral*. México: Trillas.
- Cruz, A., Cruz, I., Vargas, M., Salazar, S., Manzo, E., & Salazar, R. (2010). La actuación del profesor de educación física en la integración educativa de alumnos con necesidades educativas especiales asociados a discapacidad motriz. *Educación Física Argemex: temas y posiciones*, 1(5), 1-28.
- Cupani, M., Garrido, S., & Tavella, J. (2013). El Modelo de los Cinco Factores de Personalidad : contribución predictiva al rendimiento académico. *Revista de Psicología*, 9(17), 67-86. Obtenido de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/modelo-cinco-factores-personalidad-cupani.pdf>
- De la Oliva, D., Tobón, S., Pérez, A., & Romero, J. (2015). El Proceso de Inclusión Social desde la desde la socioformación: Análisis de concepciones sobre discapacidad y necesidades Educativas Especiales. *Paradigma*, 36(2), 49-73. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512015000200004
- Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Revista Perspectivas*, 1(2), 104-115. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-35482010000200004&script=sci_abstract&lng=pt
- Derogatis, L. (2002). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dirección General de Educación Especial de México. (2015). *Discapacidad motriz*. México: DGEE.

- Doménech, V., Esbrí, J., González, H., & Miret, L. (2004). Actitudes del profesorado hacia el alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad. *IX Jornadas de Fomento de la Investigación en Ciencias Humanas y Sociales*. Simposio llevado a cabo en Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.
- Donnellan, M., Trzesniewski, T., & Robins, R. (2011). *Self-Esteem: Enduring Issues and Controversies*. Chichester, Inglaterra: Blackwell Publishing Ltd.
- Dunn, K. (2008). Development and psychometric testing of a new geriatric spiritual well-being scale. *International Journal of Older People Nursing*, 3(3), 161-169. DOI.10.1111/j.1748-3743.2007.00107.x
- Dyson, A., & Millward, A. (2000). *Schools and special needs: Issues of innovation and inclusion*. London, Inglaterra: Paul Chapman.
- Echeita, G., & Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Revista de Didáctica de la Lengua y la Literatura*, 4(12), 26-46. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10486/661330>
- Echeita, G., Simón, C., Verdugo, M., Sandoval, M., & López, I. (2009). Paradojas y dilemas en el proceso de inclusión educativa en España. *Revista de Educación*, 349, 153-178. Obtenido de http://www.ince.mec.es/revistaeducacion/re349/re349_08.pdf
- Escobedo, P., Sales, A., & Fernández, R. (2012). La cultura escolar en el cambio hacia la escuela intercultural inclusiva. *EDETANIA*(41), 163-175. Obtenido de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/62064>
- Escribano, A., & Martínez, A. (2013). *Inclusión educativa y profesorado inclusivo. Aprender juntos para aprender a vivir juntos*. Madrid: Narcea.
- Fenichel, G. (2007). *Neonatal Neurology*. Nashville, Estados Unidos: Churchill Livingstone.
- Fernández, A., Rodríguez, A., & Miñán, A. (2016). Una mirada a las actitudes docentes hacia la diversidad cultura. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 9(3), 29-41. Obtenido de <http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/251>
- Fernández, J. (2006). ¿Educación inclusiva en nuestros centros educativos? Sí, pero ¿Cómo? *Contextos educativos*, 8(9), 135-145. Obtenido de <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/561/525>
- Fernández, J. (2011). Abandono escolar y prácticas educativas inclusivas. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 5(2), 43-58. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11441/24641>
- Fernández, J., Alonzo, S., & Brigas, C. (2017). Profesorado universitario y estudiantes con discapacidad. En M. Homrani, I. Ávalos, & D. Báez, *Respuestas e intervenciones educativas en una sociedad diversa* (págs. 998-1008). Granada: Comare.
- Fernández, M., & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-136. Obtenido de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-302EAC07-68A0-4A20-B85A-E194E0CBE98B&dsID=PDF>

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Londres: Addison-Wesley series in social psychology.
- Fontiveros, M. (2010). Niños con discapacidad motora dentro del terreno educativo. Cuáles con sus características dentro del área del lenguaje, sus necesidades educativas especiales y la identificación de las mismas. *Innovación y Experiencias*(27), 1-10. Recuperado de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_27/MARIA%20ISABEL%20FONTIVEROS%20ALBERO_2.pdf
- Frairey, B., Tann, B., Berger, S., Rak, M., & Gaebler, D. (2016). Bullying in Children and Adolescents with Cerebral Palsy and Other Physical Disabilities. *Rehabilitation Institute of Chicago*, 58(5), 1-2. https://doi.org/10.1111/dmcn.13_13225
- Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o Reconocimiento?* Madrid, España: Morata.
- Funder, D., & Fast, L. (2010). *Personality in social psychology. Handbook of social psychology*. New York: Wiley.
- Galán, A., Pérez, S. G., & Blanco, A. (2000). Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Implicaciones conceptuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 179-190. Obtenido de <http://www.aepp.net/rppc.php?id=518>
- Ganzenmuller, C. (2015). *Discapacidad e Infancia*. Madrid: CISSPRAXIS.
- Garaigordobil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid, España: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2011). *Bullying y Cyberbullying: conceptualización, prevalencia y evaluación*. Madrid: FOCAD Formación Continuada a Distancia.
- Garaigordobil, M. (2013). *Cyberbullying: Test para la detección del acoso entre iguales*. Madrid: TEA.
- García, L., & Aldana, G. (2010). Cultura escolar: un elemento indispensable para comprender los procesos de inclusión educativa. *Acción Pedagógica*(19), 116-125. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3435170>
- Ghasem, S., Mozaffa, H., & Sajjad, R. (2012). A preliminary path analysis: Effect of psychopathological symptoms, mental and physical dysfunctions related to quality of life and body mass index on fatigue severity of Iranian patients with multiple sclerosis. *Iran Journal of Neurology*, 11(3), 96-105. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3829253/>
- Gómez, J. (2005). Pautas y estrategias para entender. *Pulso*, 28, 199-214. Obtenido de <http://revistas.cardenalcisneros.es/index.php/PULSO/article/view/60/38>
- Gómez, J. (2010). *Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano*. Bogotá, Colombia: Fundación Saldarriaga Concha.
- Gómez, M., & Jiménez, M. (2018). Inteligencia emocional, Resiliencia y Autoestima en personas con discapacidad física y sin discapacidad. *Enfermería global*, 17(2), 263-273. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>
- González, P., Astudillo, E., & Hurtado, É. (2012). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultura del Cuidado*, 9(2), 39-49. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.1050.7680>

- González, Y., & Hernández, N. (2010). *Estrategias docentes e inclusión de adolescentes con discapacidad motora en aula regular*. (Tesis de grado). Universidad Central de Venezuela, Barcelona, Venezuela. Obtenido de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/234/Tes_GonzalezY_EstrategiasDocentesInclusion_2010.pdf?sequence=1
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promotig resilience in children: strenghening the human spirit*. La Haya, Holanda: Bernard Van Leer Foundation.
- Hartasánchez, J. (Octubre de 2002). Perfil dinámico de la cultura organizacional de los directivos públicos en México. *Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Simposio llevado a cabo en el VII Congreso Internacional del CLAD, Lisboa, Portugal.
- Heller, K., & Swindle, R. (1983). *Social networks, perceived social support, and coping with stress*. New York: Pergamon.
- Hendi, T., Hemmati, S., Adibsereshki, N., Teymouri, R., & Hosseinzadeh, S. (2018). Comparison of Behavioral Problems and Skills of 7-12-Year-Old Students With a Physical/Motor Disability at Mainstream and Special Schools. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 91-102. <http://dx.doi.org/10.29252/nrip.irj.16.1.91>
- His, W., Heng, C., & Ji, C. (2015). Bullying and Victimisation among Taiwanese Students in Special Schools. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(2), 246-259. <http://dx.doi.org/10.1080/1034912X.2015.1092505>
- Holmgren, R., Eisenberg, N., & Fabes, R. (1998). The Relations of Children's Situational Empathy related Emotions to Dispositional positional Prosocial Behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 169-193. [doi.org/10.1080/016502598384568](http://dx.doi.org/10.1080/016502598384568)
- Inclusión. (2014). *En el diccionario de la Real Academia Española*. (23ª ed.). Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=LFW63CN>
- Iniesta, A., Martínez, A., & Mañas, C. (2014). Autoestima y diversidad funcional. *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 439-446. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.459>
- Jabeen, T., Kazmi, S., Rehman, A., & Ahmed, S. (2016). Upper and lower limbs disability and personality traits. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 28(2), 348-352. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28718550>
- Jaimes, S. (2009). *Caracterizar el estado actual de los procesos de Inclusión educativa de estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (NEE), derivadas de discapacidad física sensorial en la Universidad Industrial de Santander, a partir de sus concepciones y prácticas*. (Tesis de grado). Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/258839652_Estado_actual_de_los_procesos_de_inclusion_de_estudiantes_con_NEE_derivadas_de_discapacidad_fisica_sensorial_en_la UIS_Concepciones_y_practicas
- Janeen, M., Rajesh, b., Camacho, F., Paterson, B., & Koman, A. (2003). Factors Associated With Self-Esteem in Preadolescents and Adolescents With Cerebral Palsy. *Journal of Adolescent Health*, 32(6), 456-458. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00050](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00050)
- Jara, F., & Once, L. (2017). *Resiliencia y calidad de vida de personas con discapacidad física congénita y/o adquirida en el cantón Cuenca - Ecuador*. (Tesis de grado).

- Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28251>
- Jimenez, A. (2015). *La función del asesor técnico pedagógico de un centro de recursos e información para la integración educativa, de la zona 08 de educación especial en el valle de Toluca*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma del estado de México, Toluca, Mexico. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66456>
- Jorajuria, I. (2013). *Las relaciones sociales de los escolares con discapacidad motora con otros escolares sin discapacidad*. (Tesis de maestría). Universidad Pública de Navarra, Navarra, España. Obtenido de <https://es.calameo.com/books/0002728051775bd5371fe>
- Kirchner, T. (1997). *Evaluación del desarrollo psicosocial. Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Lahera, E. (2002). *Introducción a las políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*. New York: McGraw-Hill.
- Latorre, Á., & Bisetto, D. (2010). *Trastornos motores. Adaptación curricular y casos práctico*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1981). Social support scales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 73-89.
- Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399. <https://www.doi.org/10.2307/2095612>
- Loaiza, C. (2011). La cultura de la diversidad: el telón de fondo de la inclusión en la educación de, con y para todos. *Plumilla Educativa*(8), 166-175. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3801050>
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., . . . Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
- López, M. (2004). *Construyendo una escuela sin exclusiones. Una forma de trabajar*. Málaga, España: Aljibe.
- López, M. (2006). La ética y la cultura de la diversidad en la escuela inclusiva. *Revista Electrónica Sinéctica*(29), 4-18. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99815739002>
- López, M. (2011). Barreras que impiden la escuela inclusiva y algunas estrategias para construir una escuela sin exclusiones. *Innovación educativa*(21), 37-54. Obtenido de <http://www.usc.es/revistas/index.php/ie/article/view/23>
- López, N. (2016). Inclusión educativa y diversidad cultural en América Latina. *Revista Española de Educación Comparada*(27), 35-52. <https://doi.org/10.5944/reec.27.2016.15034>
- Mancebo, M. (2012). Descentralización, financiamiento y gobernanza educativa en Chile y Uruguay. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 21(2), 93-118. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4149539>

- Mancilla, S. (2011). *Significados que otorgan los docentes de enseñanza básica y enseñanza media a su interacción regular en el aula con alumnos con discapacidad física y sensorial en un establecimiento educacional católico particular pagado sin proyecto de integración*. (Tesis de grado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105870>
- Marques, C., Juvêncio, F., Bezerra, M., Da Silva, J., Da Fonseca, R., Bezerra, S., & Queiroz, K. (2015). Redes de apoyo y personas con discapacidades físicas: inclusión social y acceso a los servicios de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 175-184. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>
- Martínez, G. (1997). *Manual para tutorías y departamentos de orientación. Educar la autoestima - aprender a convivir*. Madrid, España: Escuela Española.
- Martorell, M., & Silva, F. (1993). *Escala de Impulsividad, Afán de aventura y empatía*. Madrid, España: Mepsa.
- Mateus, L., Vallejo, D., Obando, D., & Fonseca, L. (2017). Percepción de las prácticas y de la cultura inclusiva en una comunidad escolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 177-191. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4854>
- Matos, M., & Fukuda, C. (2016). School Inclusion of People With Physical Disabilities: The Role of Social Interactions. *Interpersona*, 10(1), 22-33. <http://doi.org/10.5964/ijpr.v10isupp1.239>
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>
- Mendoza, M. (2009). *El autoconcepto, los factores resilientes de la personalidad, y su relación con la sexualidad en las personas con discapacidad física y sensorial*. (Tesis de grado). Universidad Arturo Michelena, San Diego, Venezuela. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/280005006_EL_AUTOCONCEPTO_LOS_FACTORES_RESILIENTES_DE_LA_PERSONALIDAD_Y_SU_RELACION_CON_LA_SEXUALIDAD_EN_LAS_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD_FISICA_Y_SENSORIAL
- Mesa, P. (2014). Actitudes del profesorado hacia la integración escolar de estudiantes con Discapacidad. *Revista de Psicología Universidad Viña del Mar*, 4(8), 1-6. Obtenido de <http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revista-detalle.php/8/50/contenido/actitudes-del-profesorado-hacia-la-integracion-escolar-de-estudiantes-con-discapacidad>
- Meza, C. (2010). *Cultura escolar inclusiva en educación infantil: Percepciones de profesionales y padres*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=87791>
- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R., & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Ministerio de Educación de Bolivia. (2013). *Discapacidad física motora- Estudio de caso. Compresión de la discapacidad*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Educación de Bolivia.
- Ministerio de Educación de Chile. (2008). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*. Santiago: MINEDUC.

- Ministerio de Educación de Ecuador. (2013). *Acuerdo 295 - 13*. Quito, Ecuador: MINEDUC.
- Ministerio de Educación de Ecuador. (2013). *Educación inclusiva y especial*. Quito, Ecuador: Editorial Ecuador.
- Mirzaei, M., Jaryani, N., Masafi, S., Afsaraski, S., Dolatshahi, B., & Rezaei, O. (2012). Identifying the Personality Patterns in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(12), 1901-1911. Obtenido de <http://internalmedicine.imedpub.com/identifying-the-personality-patterns-in-patients-withmultiple-sclerosis-ms.pdf>
- Mohammad, N., & Tavakko, M. (2010). Comparing self-esteem and self-concept of handicapped and normal students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1554-1557. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.234>
- Monjas, M. (2002). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (Pehis) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid, España: CEPE.
- Murillo, J. (2003). *La investigación sobre eficacia escolar en Iberoamérica: revisión internacional del estado del arte*. Bogotá, Colombia: CIDE.
- Mushtaq, S., & Akhouri, D. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Disabled People. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 125-132. Obtenido de <http://www.ijip.in/index.php/?view=article&id=693>
- Nava, E. (2012). El acceso y la integración de los estudiantes con discapacidad en la Universidad de León. *Revista Complutense de Educación*, 23(2), 293-316. http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2012.v23.n2.40030
- Navarro, D., & Espino, M. (2012). Inclusión educativa, ¿es posible? *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*(41), 71-81. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4089679>
- Nemček, D. (2017). Self-esteem in people with physical disabilities: Differences between active and inactive individuals. *Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae*, 57(1), 34-47. <https://doi.org/10.1515/afepuc-2017-0004>
- Norwich, B. (2008). *Dilemmas of difference, inclusion and disability*. London, Inglaterra: Routledge.
- Norwich, B. (2014). Recognising value tensions that underlie problems in inclusive education. *Journal of Applied Statistics*, 44(4), 495-510. [doi.doi.org/10.1080/0305764X.2014.963027](https://doi.org/10.1080/0305764X.2014.963027)
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de <http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=75211>
- Obiero, N. (2009). *Inclusion of Learners with Cerebral Palsy in Reading and Writing*. (Tesis de maestría). University of Oslo, Noruega. Obtenido de <https://www.duo.uio.no/handle/10852/32273>
- Okhakhume, A., Aroniyaso, O., & Olagundoye, O. (2016). Influence of Social Support, Stress and Coping Strategies on Depression among Children with Physical Disability in Nigeria. *International Journal of Clinical Psychiatry*, 4(2), 27-32. <https://doi.org/10.5923/j.ijcp.20160402.01>

- Oliver, M., & Barnes, C. (2010). Disability studies, disabled people and the struggle for inclusion. *British Journal of Sociology of Education*, 31, 547-560. <https://doi.org/10.1080/01425692.2010.500088>
- Ortiz, M., & Lobato, X. (2003). Escuela inclusiva y cultura escolar: algunas evidencias empíricas. *Revista de pedagogía*, 55(1), 27-40. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=663493>
- Ozura, A., Erdberg, P., & Sega, S. (2010). Personality characteristics of multiple sclerosis patients: a Rorschach investigation. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112(7), 629-632. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2010.04.009>
- Padilla, A. (2011). Inclusión educativa de personas con discapacidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 670-699. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345006>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: CINCA.
- Pegalajar, M., & Colmenero, M. (2017). Actitudes y formación docente hacia la inclusión en Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(1), 84-97. <https://doi.org/10.24320/redie.2017.19.1.765>
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 167-202.
- Pelechano, V., Matud, P., & De Miguel, A. (1994). *Estrés, personalidad y salud: Un modelo no sexista del estrés*. Valencia, España: Alfaplús.
- Perez, J., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 281-408. <https://doi.org/10.1174/021093907782506434>
- Pérez, S. (2007). Tratamiento y evaluación de las deficiencias motoras en el aula. Guía práctica para padres. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(2), 55-64. [http://www.doi.org/10.1016/S1138-6045\(07\)73667-5](http://www.doi.org/10.1016/S1138-6045(07)73667-5)
- Pérez, S. (2012). Empatía, psicomotricidad y discapacidad. Sensibilización para Profesionales del Área de la Rehabilitación «En los zapatos del paciente». *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(2), 38-39. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37970>
- Pinat, S. (2016). *Habilidades socioemocionales en niños con parálisis cerebral*. (Tesis de grado). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <http://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1623>
- Posada, J. (2001). Notas sobre comunidad educativa y cotidianidad escolar. En J. Rodríguez, *Notas sobre comunidad educativa* (págs. 87-118). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Prytz, N., & Suárez, A. (2009). *Estudio bibliométrico de las publicaciones científicas sobre el área de Habilidades Sociales en América Latina*. (Tesis de grado). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.
- Raffo, C., Dyson, A., Gunter, H., Hall, D., Jones, L., & Kalambouka, A. (2009). Education and Poverty: Mapping the Terrain and Making the Links to Educational Policy. *International Journal of Inclusive Education*, 13(4), 341-358. Obtenido de <https://eric.ed.gov/?id=EJ857861>

- Rätsep, T., Kallasmaa, T., Pulver, A., & Gross, K. (2000). La personalidad como un predictor de los esfuerzos de afrontamiento en pacientes con esclerosis múltiple. *Mult Scler*, 6(6), 397-402. <http://doi.org/10.1177/135245850000600607>
- Rehabilitation In Multiple Sclerosis. (2006). *Personalidad, conducta y esclerosis múltiple*. Catalunya, España: Montflorit Edicions i Assessoraments.
- Riera, G. (2011). El aprendizaje cooperativo como metodología clave para dar respuesta a la diversidad del alumnado desde un enfoque inclusivo. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 5(2), 133-149. Obtenido de <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol5-num2/art7.html>
- Rijswijk, E., Hout, H., & Weel, C. (2009). Ansiedad y depresión en el ámbito de la medicina familiar. *BMC Family Practice*, 10(52), 1-6. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65345>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1996). *Counseling The Self*. New York, Estados Unidos: Basic Books.
- Rubio, F. (2009). Principios de normalización, integración e inclusión. *Innovación y experiencias educativas*(19), 1-9. Obtenido de http://educespecialjujuy.xara.hosting/index_htm_files/PRINCIPIO%20DE%20NORMALIZACION,%20INTEGRACION%20E%20INCLUSION.pdf
- Ruiz, J. (2009). Alumnado con discapacidad motora. Respuesta educativa. *Revista Digital*(128), 1-9. Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd128/alumnado-con-discapacidad-motora-respuesta-educativa.htm>
- Sait, R. (2015). Self-Esteem and Quality of Life in mild cerebral palsy : a cross cultural study. *Indian Journal of Mental Health*, 2(3), 263-271. Obtenido de <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-Esteem-and-Quality-of-Life-in-mild-cerebral-%3A-Sait/48d5fa2ed4d0aaa08bc7039206989cc7f54b44c7?tab=references>
- Sandín, B. (1995). Estrés. *Manual de Psicopatología*, 11, pp.3-52.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-53. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Sarasola, M. (2004). Una Aproximación al Estudio de la Cultura Organizacional en Centros Educativos. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 12(57), 1-34. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/298017496_Una_aproximacion_al_estudio_de_la_cultura_organizacional_en_centros_educativos
- Shahnawaz, M., & Akhouri, D. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Disabled People. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 125-132. Obtenido de <http://www.ijip.in/index.php/?view=article&id=693>
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Silva, F., & Martorell, M. (2001). *BAS-3, batería de socialización (autoevaluación)*. Madrid: TEA.
- Singh, S., Sharma, R., Chandra, S., Nigam, S., & Punit, V. (2011). A Study of Social Support in Physically Disabled Students in an Educational Institute of Kanpur.

- Indian Journal of Community Health*, 9(1), 20-22. Obtenido de http://journaldatabase.info/articles/study_social_support_physically_disabled.html
- Slee, R., & Allan, J. (2001). Excluding the included: A reconsideration of inclusive education. *International Studies in Sociology of Education*, 11(2), 173-192. <https://doi.org/10.1080/09620210100200073>
- Sorin, L., Codruta, A., Andrada, L., Dindelegan, C., Petru, M., & Anca, D. (2014). Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders in a Romanian patients sample. *International Journal of the Bioflux Society*, 6(4), 182-186. Obtenido de <http://www.hvm.bioflux.com.ro/docs/2014.182-186.pdf>
- Suriá, R. (2011). Análisis comparativo sobre las actitudes de los estudiantes hacia sus compañeros con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 197-216. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122834010.pdf>
- Suriá, R. (2012a). Discapacidad e integración educativa: ¿Qué opina el profesorado sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad en sus clases? *Revista española de orientación y psicopedagogía*, 23(3), 96-109. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/25974>
- Suriá, R. (2012b). Redes sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Escritos de Psicología*, 5(3), 16-23. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1809>
- Suriá, R. (2012c). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? *Boletín de psicología*(105), 75-89. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011329>
- Suriá, R. (2014a). Actitudes integradoras en el contexto educativo de los estudiantes con discapacidad según la percepción de sus progenitores. *Bordón*, 66(4), 157-172. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2014.66410>
- Suriá, R. (2014b). Discapacidad motora y resiliencia: análisis en función de la edad, grado y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(2), 6-17. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/50946>
- Suriá, R. (2015a). Jóvenes con discapacidad motora y redes sociales online, ¿nuevos espacios para el desarrollo de habilidades sociales? *Anuario de Psicología*, 45(1), 71-85. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/292508>
- Suriá, R. (2015b). Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad sobrevenida por accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.016>
- Suriá, R. (2016a). Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. *Acciones e Investigaciones Sociales*(36), 113-140. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2016361490
- Suriá, R. (2016b). Relación entre autoconcepto y perfiles de resiliencia en jóvenes con discapacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(3), 450-473. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.40.15150>

- Suriá, R. (2017a). Redes virtuales y apoyo social percibido en usuarios con discapacidad: análisis según la tipología, grado y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Escritos de Psicología*, 10(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2017.21403>
- Suriá, R. (2017b). Relación entre conductas prosociales y participación en grupos online en jóvenes con discapacidad motora. *Salud y drogas*, 17(2), 57-66. Obtenido de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/298>
- Suriá, R., García, J., & Ortigosa, J. (2015). Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Psicología Conductual*, 23(1), 35-49. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57932>
- Svetlana, K., Odovic, G., & Bojan, D. (2012). Self-esteem of individuals with cerebral palsy. *University of Belgrade*(1), 185-204. <https://doi.org/10.2298/MICP2012185K>
- Sylia, W., Lindsay, W., Joyce, E., Ciol, M., & Jensen, M. (2006). Perceived Social Support, Psychological Adjustment, and Functional Ability in Youths With Physical Disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 322-330. <http://doi.org/10.1037/0090-5550.51.4.322>
- Tapia, X. (2003). Psicopatología precoz y ámbito escolar. *Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 35, 119-138. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3785043>
- Tenorio, S. (2005). La integración escolar en Chile: perspectiva de los docentes sobre su implementación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(1), 823-831. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55130176>
- Tobón, S., & Núñez, A. (2006). La gestión del conocimiento desde el pensamiento complejo: Un compromiso ético con el desarrollo humano. *Revisa Escuela de administración de negocios*, 58, 27-40. <https://doi.org/10.21158/01208160.n58.2006.385>
- Turriago, C. (2005). *Ortopedia infantil*. Colombia: Panamericana.
- Uca, A., Uguz, F., Kozak, H., Turgut, K., Tekin, G., Altas, M., & Akpınar, Z. (2016). Personality disorders in patients with multiple sclerosis: Prevalence and association with depressive and anxiety disorders and clinical features. *Neurology Asia*, 21(1), 55-61. Obtenido de [http://www.neurology-asia.org/articles/neuroasia-2016-21\(1\)-055.pdf](http://www.neurology-asia.org/articles/neuroasia-2016-21(1)-055.pdf)
- UNESCO. (2005). *Guidelines for inclusion: Ensuring Access to Education for All*. París, Francia: Unesco.
- UNESCO. (2008). *La educación inclusiva. El camino hacia el futuro. Conclusiones finales de la 48 Conferencia Internacional*. Ginebra, Suiza: Unesco.
- Unicef. (2004). *Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas*. Colombia: Unicef.
- Urton, K., Wilbert, J., & Hennemann, T. (2014). Attitudes towards Inclusion and Self-Efficacy of Principals and Teachers. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 12(2), 151-168. Obtenido de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1047459>
- Vásquez, D. (2015). Políticas de inclusión educativa: una comparación entre Colombia y Chile. *Educación y Educadores*, 18(1), 45-61. <http://dx.doi.org/10.5294/edu.2015.18.1.3>
- Vázquez, J. (2012). *Adaptación de las tics a los alumnos con discapacidad motora*. Obtenido de

- <http://cprnaval.moral.juntaextremadura.net/2012/DISCAPACIDAD%20MOTORA.pdf>
- Vega, A., López, M., & Garín, S. (2013). La educación inclusiva: entre la crisis y la indignidad. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 7(1), 316-336. Obtenido de <http://www.intersticios.es/article/view/11382>
- Verdugo, M., Arias, B., & Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid, España: INSERSO.
- Villaseñor, K. (2017). *Resiliencia y autoestima en niños con discapacidad auditiva y motriz*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Mexico. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68657>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. Obtenido de https://www.academia.edu/6675361/Development_and_Psychometric_Evaluation_of_the_Resilience_Scale
- Wehmeyer, M. (2009). Autodeterminación y la tercera generación de prácticas de inclusión. *Revista de Educación*(349), 45-67. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2995005>
- Wehmeyer, M., Lance, G., & Bashinski, S. (2002). Un model multinivell per afavorir l'accés dels alumnes amb retard mental al currículum general. *Suports*, 6(2), 192-202. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/Suports/article/view/102137/141997>
- Zapata, G. (2013). Introducción: la agenda de políticas. Conceptos y elementos de juicio. En G. Zapata, *Observatorio de políticas en educación superior: Contribuciones de Aequalis, Foro de Educación Superior* (págs. 32-39). Santiago, Chile: Aequalis.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS AL PROFESORADO

Cuestionario del perfil sociodemográfico para el profesorado (Santos Bravo, 2017)

Del profesor:	
ID:	
Edad	<input type="text"/>
Sexo	
a. Masculino	<input type="text"/>
b. Femenino	<input type="text"/>
Año de experiencia:	<input type="text"/>
Modalidad de impartición de clases	
a. Matutino	<input type="text"/>
b. Vespertino	<input type="text"/>
Grado académico	
a. Bachiller Tecnológico	<input type="text"/>
b. Licenciado	<input type="text"/>
c. Magister	<input type="text"/>
d. Doctor	<input type="text"/>
Capacitado en inclusión educativa	
a. Nada	<input type="text"/>
b. Muy poco	<input type="text"/>
c. Poco	<input type="text"/>
d. Bastante	<input type="text"/>

Unidad educativa	
Nombre Unidad Educativa:	
Tipo	
a. Pública	<input type="text"/>
b. Privada	<input type="text"/>
c. Fiscomisional	<input type="text"/>
Ubicación geográfica	
c. Urbana	<input type="text"/>
d. Suburbana	<input type="text"/>
e. Rural	<input type="text"/>

Cuestionario de indicadores de inclusión (Booth y Ainscow, 2002)

Por favor, ponga una cruz en cualquiera de los grupos que se presentan a continuación, indicando su relación con el centro:

- Docente Profesional de apoyo Otro miembro del personal
 Alumno Familia Consejo Escolar
 Otros (especificar)

Por favor, ponga una cruz en el recuadro que represente su opinión:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Necesito más información
1. Todo el mundo se siente acogido.				
2. Los estudiantes se ayudan unos a otros.				
3. Los miembros del personal colaboran entre ellos.				
4. El personal y el alumnado se tratan con respeto.				
5. Existe relación entre el personal y las familias				
6. El personal y los miembros del Consejo Escolar trabajan bien juntos.				
7. Todas las instituciones de la localidad están involucradas en el centro.				
8. Se tienen expectativas altas sobre todo el alumnado.				
9. El personal, los miembros del Consejo Escolar, el alumnado y las familias comparten una filosofía de inclusión.				
10. Se valora de igual manera a todos los alumnos y alumnas.				
11. El personal y el alumnado son tratados como personas y como poseedores de un "rol".				
12. El personal intenta eliminar todas las barreras al aprendizaje y la participación que existen en la escuela.				
13. La escuela se esfuerza en disminuir las prácticas discriminatorias.				
14. Los nombramientos y las promociones del personal son justas.				

15. Se ayuda a todo nuevo miembro del personal a adaptarse al centro.				
16. La escuela intenta admitir a todo el alumnado de su localidad.				
17. La escuela se preocupa de que sus instalaciones sean físicamente accesibles para todos.				
18. Cuando el alumnado accede a la escuela por primera vez se le ayuda a adaptarse.				
19. La escuela organiza grupos de aprendizaje para que todo el alumnado se sienta valorado.				
20. Se coordinan todas las formas de apoyo.				
21. Las actividades de desarrollo profesional ayudan al personal a atender a la diversidad del alumnado.				
22. Las políticas relacionadas con "necesidades educativas especiales" son políticas de inclusión.				
23. La evaluación de las necesidades educativas especiales y los apoyos se utilizan para reducir las barreras al aprendizaje y la participación de todo el alumnado.				
24. El apoyo a los alumnos que aprenden castellano como segunda lengua se coordina con el apoyo pedagógico.				
25. El apoyo psicológico y emocional se vincula con las medidas de desarrollo del curriculum y el apoyo pedagógico.				
26. Se han reducido las prácticas de expulsión por motivos de disciplina.				
27. Se ha reducido el ausentismo escolar.				
28. Se han reducido las conductas de intimidación o de abuso de poder.				
29. La planificación y el desarrollo de las clases responden a la diversidad del alumnado				
30. Las clases se hacen accesibles a todo el alumnado.				
31. Las clases promueven la comprensión de las diferencias.				
32. Se implica activamente el alumnado en su propio aprendizaje.				
33. Los estudiantes aprenden de manera cooperativa.				
34. La evaluación estimula los logros de todo el				

alumnado				
35. La disciplina en el aula se basa en el respeto mutuo.				
36. El profesorado planifica, revisa y enseña en colaboración.				
37. El profesorado se preocupa de apoyar el aprendizaje y la participación de todo el alumnado.				
38. Los profesionales de apoyo se preocupan de facilitar el aprendizaje y la participación de todo el alumnado.				
39. Los deberes para la casa contribuyen al aprendizaje de todos.				
40. Todo el alumnado participa en actividades complementarias y extraescolares.				
41. Los recursos de la escuela se distribuyen de forma justa para apoyar la inclusión.				
42. Se conocen y se aprovechan los recursos de la comunidad.				
43. Se aprovecha plenamente la experiencia del personal de la escuela.				
44. La diversidad del alumnado se utiliza como un recurso para la enseñanza y el aprendizaje.				
45. El personal genera recursos para apoyar el aprendizaje y la participación.				

Prioridades de desarrollo:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Universidad de País Vasco

Doctorado Psicodidáctica: Psicología y Didácticas Específicas

Cuestionario de integración (Suriá, 2012a)							
Apellidos y nombre:			Edad:				
Sexo: M F		Centro:		Curso:			
Ítems de la escala			Componentes				
Factor 1. Percepción de la inquietud por tener los alumnos con discapacidad			1	2	3	4	5
1. ¿Le incomoda tener alumnado con discapacidad en su clase?							
2. ¿Cree que alteran de alguna manera el ritmo de la clase?							
3. ¿Siente inquietud si tarda más tiempo en explicarles algo que al resto de alumnos?							
4. ¿La atención extra que requieren los alumnos con discapacidad irá en detrimento de los otros alumnos?							
5. ¿Es difícil mantener el orden en una clase con alumnado con discapacidad?							
6. ¿Le produce incomodidad ver la discapacidad de alguno de estos alumnos?							
7. ¿Se agobia si en clase tiene que atenderles debido a su discapacidad?							
8. ¿Le impiden de alguna forma impartir la clase con normalidad?							
Factor 2. Que percibe el profesorado de la actitud del alumnado hacia los compañeros con discapacidad							
9. ¿Alguna vez han tenido conflictos en clase entre el alumnado sin discapacidad y algún alumno con discapacidad?							
10. ¿Ha observado gestos y/o palabras despectivas por parte del alumnado sin discapacidad hacia los alumnos con discapacidad?							
11. ¿Percibe que el alumnado no se relaciona penas con sus compañeros con discapacidad?							
12. ¿Ha observado si el alumnado deja de lado a los compañeros que padecen alguna discapacidad?							
13. En las tareas de clase, ¿observa que los compañeros no suelen facilitar ayuda en la toma de apuntes u otros apoyos que necesiten?							
14. ¿Perciben escasa predisposición por parte del resto del alumnado para ayudarles en las tareas de clase?							
15. Cuando se hacen actividades, ¿observa que el alumnado apenas quieren participar con los alumnos con discapacidad?							
16. Cuando tienen cambio de clase o salen al descanso, ¿suelen quedarse en clase sin relacionarse con los demás?							
17. En general, ¿existe un buen clima en su clase?							
Factor 3. Percepción del profesorado sobre su de falta de preparación para							

atender a los alumnos con discapacidad					
18. ¿Le cuesta mantener una conversación con un alumno discapacitado?					
19. ¿Le resulta difícil ser imparcial?					
20. ¿Cree que necesitaría más preparación para enseñarles?					
21. ¿Siente preocupación por si no puede transmitirles sus enseñanzas por sus limitaciones?					
22. ¿Le supone problemas tener que mandar tareas distintas para estos alumnos?					
23. ¿Cree que la formación del alumnado con discapacidad es responsabilidad de los Especialistas?					

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN APLICADOS AL ALUMNADO

Cuestionario del perfil sociodemográfico para el alumnado (Santos Bravo, 2017)

Del estudiante:

Nombres y Apellidos:

Edad

Sexo

a. Masculino b. Femenino

Grado o año básico (Nivel de estudios)

a. Séptimo

b. Octavo

c. Noveno

d. Decimo

e. Primero de bachillerato

f. Segundo de bachillerato

Discapacidad

a. Si b. No

Origen de la discapacidad

a. Cerebral

b. Muscular

c. Espinal

d. Osteo-articular

Grado de discapacidad

a. Leve

b. Moderada

c. Grave

d. Severa/profunda

Causa de discapacidad

a. Congénita

b. Hereditaria

c. Adquirida

De la unidad educativa

Nombre Unidad Educativa:

Tipo

b. Pública b. Privada c. Fiscomisional

Ubicación geográfica

a. Urbana

b. Suburbana

c. Rural

De los padres de familia

Ocupación laboral

Madre

- a. Oficios domésticos
- b. Obrero
- c. Profesora
- d. Otra
- e. Ninguna

Padre

- a. Obrero
- b. Pescador
- c. Profesor
- d. Chofer
- e. Otra
- f. Ninguna

Nivel de estudios

Madre

- a. Educación básica elemental
- b. Educación básica media
- c. Educación básica superior
- d. Bachillerato
- e. Educación superior

Padre

- a. Educación básica elemental
- b. Educación básica media
- c. Educación básica superior
- d. Bachillerato
- e. Educación superior

Nivel socio – económico de la familia

- a. Alto
- b. Medio alto
- c. Medio
- d. Medio bajo
- e. Bajo

Escala de autoestima de Rosemberg (RSE, Rosemberg, 1965)

Apellidos y nombre:

Edad:

Sexo: M F

Centro:

Curso:

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Cuestionario de evaluación de la empatía (Merhabian y Epstein, 1972)

Nombre y Apellidos

Edad

Curso

Instrucciones: A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones. Se trata de saber si estás de acuerdo con ellas o no. Si estás de acuerdo, debes poner una X en la casilla del SI. Si no estás de acuerdo, deberás poner una X en la casilla del No. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas son buenas si contestas con sinceridad lo que tú piensas.

	SI	NO
1. Cuando veo a una madre que reprende enfadada a un niño, siento pena		
2. Si veo a un niño que está preocupado siento ganas de acercarme para consolarle, darle ánimo y apoyo		
3. Me siento triste cuando veo a un chico/a que no tiene con quien jugar		
4. Cuando he visto en la TV una catástrofe he sentido deseos de enviar algo para ayudarles		
5. Cuando veo a personas que se besan y se abrazan en público me parecen ridículas		
6. Los chicos y las chicas que lloran cuando son felices son tontos		
7. Disfruto cuando veo cómo otras personas abren regalos, incluso cuando yo no tenga ningún regalo		
8. Cuando veo a un/a chico/a que llora, también me entran a mí ganas de llorar		
9. Me siento mal cuando veo a un chico/a que se ha hecho daño, que se ha herido		
10. Me río cuando veo reír a otras personas, aunque no sepa por qué se ríen		
11. A veces lloro cuando veo en la televisión algunas escenas		
12. No siento nada cuando veo que alguien (mis padres, mis amigos,..) está preocupado		
13. Me siento mal cuando veo un animal herido		

14. Me siento bien cuando veo que una persona está alegre, feliz, contenta.		
15. Cuando escucho noticias sobre la guerra o el hambre que sufren algunas personas en el mundo me pongo triste		
16. Es una tontería tratar a los animales como si sintieran como las personas		
17. Los/as chicos/as que no tienen amigos es porque no quieren tenerlos		
18. Soy capaz de comerme todos los caramelos, incluso cuando alguien me está mirando y quiere uno		
19. Cuando veo que una persona está enferma me siento triste		
20. Si veo que a un/a chico/a le están insultando sus compañeros/as de grupo me siento mal y me entran ganas de defenderle		
21. Cuando veo que un/a compañero/a de mi aula es rechazado me siento triste		
22. Me siento mal cuando un profesor castiga a un/a compañero/a por haber hecho algo incorrecto		

Batería de socialización (BAS 3, Silva y Martorell 2001)

Apellidos y nombre:

Edad:

Sexo: M F

Centro:

Curso:

Fecha de Aplicación

A continuación encontrarás una serie de frases. Después de cada una de ellas están las palabras SI y NO. Lee cada frase atentamente y pon una cruz sobre la palabra SI en el caso de que la frase corresponda a tu manera de ser o actuar. Si la frase no corresponde a tu manera de ser o actuar, pon una cruz sobre la palabra NO. No hay respuestas buenas ni malas; todas sirven.

Trabaja rápidamente. No te entretengas demasiado en una contestación

¡ATENCIÓN: CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS!

1. Me dan miedo y me aparto de cosas que no dan miedo a los demás	SI	NO
2. Me gusta organizar nuevas actividades	SI	NO
3. Cuando estoy con una persona mayor y hablo con ella, lo hago con respeto	SI	NO
4. Insulto a la gente	SI	NO
5. Suelo ser simpático con los demás	SI	NO
6. Me gusta dirigir actividades de grupo	SI	NO
7. Todas las personas me caen bien	SI	NO
8. Evito a los demás	SI	NO
9. Suelo estar solo	SI	NO
10. Los demás me imitan en muchos aspectos	SI	NO
11. Ayudo a los demás cuando tienen problemas	SI	NO
12. Me preocupo cuando alguien tiene problemas	SI	NO
13. Soy terco; hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás, voy a lo mío	SI	NO
14. Animo a los demás para que solucionen sus problemas	SI	NO
15. Llego puntual a todos los sitios	SI	NO
16. Entro en los sitios sin saludar	SI	NO

Doctorado Psicodidáctica: Psicología y Didácticas Específicas

17. Hablo en favor de los demás cuando veo que tienen problemas	SI	NO
18. Me cuesta hablar. Incluso cuando me preguntan algo, me cuesta responder	SI	NO
19. Llora con facilidad	SI	NO
20. Organizo grupos para trabajar	SI	NO
21. Cuando hay problemas, me eligen como árbitro o juez	SI	NO
22. Dejo a los demás trabajar o entretenerse sin molestarlos	SI	NO
23. Contribuyo para que el trabajo sea más interesante y variado	SI	NO
24. Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban	SI	NO
25. Soy alegre	SI	NO
26. Tomo la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo	SI	NO
27. Me preocupo para que nadie sea dejado de lado	SI	NO
28. Me siento aletargado, sin energía	SI	NO
29. Me eligen como jefe en las actividades de grupo	SI	NO
30. Me gusta hablar con los demás	SI	NO
31. Juego más con los otros que solo	SI	NO
32. Me gusta todo tipo de comida	SI	NO
33. Tengo facilidad de palabra	SI	NO
34. Soy violento y golpeo a los demás	SI	NO
35. Me tienen que obligar para integrarme en un grupo	SI	NO
36. Cuando quiero hablar, pido la palabra y espero mi turno	SI	NO
37. Me gusta estar con los demás, me siento bien entre ellos	SI	NO
38. Soy vergonzoso	SI	NO
39. Soy miedoso ante cosas o situaciones nuevas	SI	NO
40. Grito y chilló con facilidad	SI	NO
41. Hago inmediatamente lo que me piden	SI	NO
42. Cuando se trata de realizar actividades de grupo, me retraigo	SI	NO
43. Soy tímido	SI	NO
44. Soy mal hablado	SI	NO
45. Sugiero nuevas ideas	SI	NO
46. Cuando corrijo a alguien, lo hago con delicadeza	SI	NO
47. Me entiendo bien con los de mi edad	SI	NO
48. Paso apuros cuando estoy con personas del otro sexo	SI	NO

49. Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas	SI	NO
50. Espero mi turno sin ponerme nervioso	SI	NO
51. Defiendo a otros cuando se les ataca o critica	SI	NO
52. Intento estar en lugares apartados, poco visibles o concurridos	SI	NO
53. Hablo y discuto serenamente, sin alterarme	SI	NO
54. Me asusto con facilidad cuando no sé hacer algo	SI	NO
55. Cuando me llaman la atención, me desconcierto y no sé qué hacer	SI	NO
56. Desafío a los mayores cuando me llaman seriamente la atención	SI	NO
57. Cuando tengo que hacer algo, lo hago con miedo	SI	NO
58. Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpa	SI	NO
59. Sé escuchar a los demás	SI	NO
60. Soy amable con los demás cuando veo que tienen problemas	SI	NO
61. Soy considerado con los demás	SI	NO
62. Me pongo nervioso cuando tengo que decir algo delante de la gente	SI	NO
63. Suelo estar apartado, sin hablar con nadie	SI	NO
64. Soy impulsivo, me falta paciencia para esperar	SI	NO
65. Protesto cuando me mandan hacer algo	SI	NO
66. Cuando alguien es rechazado por el grupo, me acerco e intento ayudarlo	SI	NO
67. Recojo los papeles que otros tiran al suelo	SI	NO
68. Me intereso por lo que les ocurre a los demás	SI	NO
69. Permanezco sentado, sin enterarme de nada, durante mucho tiempo	SI	NO
70. Hago nuevas amistades con facilidad	SI	NO
71. Soy popular entre los demás	SI	NO
72. Me aparto cuando hay muchas personas juntas	SI	NO
73. Acepto sin protestar las decisiones de la mayoría	SI	NO
74. Reparto todas mis cosas con los demás	SI	NO
75. A veces soy brusco con los demás	SI	NO

Universidad de País Vasco

Doctorado Psicodidáctica: psicología y didácticas Específicas

Cuestionario de apoyo social (MOS, Sherbourne y Stewart 1991)

Apellidos y nombre:

Edad:

Sexo: M F

Centro:

Curso:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen Ud.?

(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Escala de resiliencia (ER, Wagnild y Young, 1993)

Apellidos y nombre:

Sexo: M F

Centro:

Edad:

Curso:

		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En Desacuerdo	Medianament e en Desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	DIMENSION A: COMPETENCIA.							
1	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
2	Dependo más de mí mismo que de otras personas.							
3	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
4	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
5	Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
6	Soy amigo de mí mismo.							
7	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
8	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
9	Tomo las cosas una por una.							
10	Por lo general, encuentro algo de qué reírme.							
11	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
12	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
13	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
	DIMENSION B: AUTODISCIPLINA.							

14.	Soy decidido.							
15.	Cuando planeo algo lo realizo.							
16.	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
17.	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
18.	Tengo autodisciplina.							
19.	Me mantengo interesado en los cosas.							
	DIMENSION C: ACEPTACIÓN							
20.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
21.	Mi vida tiene significado.							
22.	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24.	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25.	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

Universidad de País Vasco

Doctorado Psicodidáctica: psicología y didácticas Específicas

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés - (CAE, Sandín y Chorot 2003)

Nombre:

Edad:

Sexo:

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4

19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizarán cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales. Escala de bullying (Garaigordobil, 2013)

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo: Varón

Mujer

Centro:

Curso:

Fecha:

BULLING

El cuestionario que vas a rellenar trata sobre el bullying. El bullying (también denominado acoso escolar, maltrato escolar, maltrato entre iguales, violencia entre iguales...) es una agresión repetida y prolongada en el tiempo de uno o más alumnos hacia otro. Se agrede con la intención de hacer daño o de producir incomodidad a la víctima. Se puede hacer de cuatro formas diferentes:

1. **Agresión física:** acciones directas contra el cuerpo de una persona (patadas, palizas, golpes con objetos, empujones, tirarla al suelo, arrinconarla contra una pared...) y conductas agresivas indirectas dirigidas contra sus propiedades (robarle, estropear sus pertenencias o escondérselas con el fin de hacer daño...).
2. **Agresión verbal:** conductas verbales negativas hacia una persona (insultos, apodos, hablar mal de esa persona, difundir rumores y calumnias, burlas...).
3. **Agresión social:** conductas mediante las cuales se aísla a una persona del grupo (se le excluye, no se le deja participar, se le margina o ignora...).
4. **Agresión psicológica:** conductas de acoso para atacar la autoestima de una persona y crearle inseguridad y miedo (se ríen de la víctima, la desvalorizan, la humillan, la amenazan, la acechan creándole sentimientos de indefensión y temor...).

Sin embargo, **no es bullying o acoso** cuando se trata de peleas puntuales con algún compañero de la misma edad, cuando alguien se ha enfadado pero después no ha ocurrido nada más, etc.

A continuación se te pregunta si **has sufrido** este tipo de agresiones, después si **tú las has realizado** a otras personas y finalmente si **has visto** que otros las hayan realizado o si has sabido que le han sucedido a alguien que tú conoces. Debes rodear con un círculo la opción que corresponda en cada uno de los cuatro tipos de agresiones, indicando la frecuencia con la que se han producido estas agresiones **durante el último año** (nunca, algunas veces, bastantes veces o siempre).

¿Te han agredido o molestado de este modo en el último año?	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Con agresión física	0	1	2	3
Con agresión verbal	0	1	2	3
Con agresión social	0	1	2	3
Con agresión psicológica	0	1	2	3
V				

¿Has agredido o molestado de este modo en el último año?	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Con agresión física	0	1	2	3
Con agresión verbal	0	1	2	3
Con agresión social	0	1	2	3
Con agresión psicológica	0	1	2	3
A				

¿Has visto cómo agredían o molestaban de este modo aunque tú no participaras, en el último año?	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Con agresión física	0	1	2	3
Con agresión verbal	0	1	2	3
Con agresión social	0	1	2	3
Con agresión psicológica	0	1	2	3
O				

RESULTADOS
(A rellenar por el profesional)

	PD	Nivel	Pc
BULLYING	V	→	→
	A	→	→
	O	→	→
	VA	→	→
	(V+A)	→	→

Observaciones:

Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Derogatis, 2002)

Nombre:

Edad:

Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo: Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto

Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a

Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					

4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					

34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					

64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					



Ministerio de
Educación
del Ecuador



EL
GOBIERNO
DE TODOS

D/Dña. _____ en calidad de (cargo/puesto de trabajo)

AUTORIZO

La colaboración del Centro en el procedimiento de la cumplimentación de los cuestionarios explicados previamente para el desarrollo del proyecto “**Adolescentes ecuatorianos con discapacidad motriz: adaptación al sistema educativo, factores psicosociales, de personalidad y psicopatológicos**”, cuyo autor es Mg. Santos Bravo Loor, llevado a cabo por el Dpto Psicodidáctica: Psicología y Didácticas Específicas de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), bajo la dirección de la Dra. Elena Bernaras Iturrioz y Dra. Maite Garaigordobil Landazabal.

Los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los datos recogidos y a comunicar al centro los resultados más relevantes derivados del proyecto.

En _____, a ___ de _____ de _____

Firma