

RESUMEN

Este trabajo se centra en el concepto de discapacidad motora, presentado desde un modelo socio-educativo que pone el énfasis en las necesidades de la persona y no solo en su deficiencia. Se presentan las necesidades de los alumnos con discapacidad motora a nivel personal, socio-familiar y educativo. De manera particular se incide en su autoconcepto y relaciones sociales y familiares. Junto a esto, se aborda el tema de la inclusión educativa del alumno con discapacidad motora. Por último en el trabajo se plantea un diseño de entrevista semi-estructurada para el estudio de casos y valoración de necesidades.

Palabras Clave: discapacidad motora, impacto familiar, necesidades educativas, relaciones sociales.

ABSTRACT

This paper focuses on the concept of motor disability, based on a socio-educational model which centers on the needs of the person and not only on their physical deficiency. The paper examines the needs of pupils with motor disabilities at a personal, social, familial and educational level, and in particular, emphasizes how their disability affects their self-esteem and social and family relationships. In conjunction with this, it outlines the issue of educational inclusion experienced by students with physical disabilities. And finally, the paper presents a semi-structured interview model designed to evaluate cases and carry out needs assessment.

Key Words: motor disability, family impact, education needs, social relationships.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I. La discapacidad motora	
• Concepto de discapacidad motora	7
• Clasificación de discapacidad motora	11
CAPÍTULO II. Impacto personal y familiar de la discapacidad motora	
• Influencia sobre el autoconcepto y las relaciones sociales.....	17
• La vivencia familiar de la discapacidad	23
CAPÍTULO III. Inclusión educativa del alumno con discapacidad motora	
• Inclusión escolar	27
• Adaptaciones de acceso al currículo.....	29
• Intervención educativa en las necesidades especiales	32
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está enmarcado dentro del proyecto “Aula de Investigación Pedagógica” del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo pues mi tutora, la profesora Dra. Olga Lizasoáin, participa en dicho proyecto y me ofreció la oportunidad de colaborar.

Estoy muy agradecida de esta oportunidad que se me brinda ya que considero que he aprendido muchísimas cosas valiosas para mi futuro personal y profesional.

El mundo de la discapacidad desde siempre ha llamado mi atención. Mucho antes de empezar con mis estudios de Pedagogía, ya había compartido actividades de ocio y tiempo libre con personas con discapacidad. Soy voluntaria de FEAPS-La Rioja y ANA (Asociación Navarra de Autismo). Además, el curso pasado, realice mis prácticas de Pedagogía en el centro de educación especial Marqués de Vallejo de Logroño, y fue una experiencia inolvidable en la que aprendí muchísimo. Destacaría la actitud del personal educativo del centro, pues se centran en las personas con las que trabajan, no en su discapacidad.

A pesar de estas experiencias, no estoy muy familiarizada con el mundo de la discapacidad motora, por lo que este trabajo me ha sido de gran ayuda y especial interés.

Sobre el contenido y, siguiendo los objetivos del proyecto, este trabajo persigue realizar una primera aproximación al estudio de las necesidades que presentan los alumnos con discapacidad motora. Estas necesidades se focalizan en tres ejes fundamentales: área personal, área socio-familiar y área educativa.

Siguiendo con la metodología del proyecto general, se comienza por una revisión de la literatura científica sobre el tema, que sirve de base teórica y desarrollo de la investigación. La fundamentación teórica va encaminada, por tanto, al estudio de la discapacidad motora y de su impacto personal, social, familiar y educativo.

Así, el trabajo consta de cuatro capítulos. El capítulo I se centra en el concepto de discapacidad motora así como en las diversas clasificaciones que diferentes autores proponen en torno a ella. A partir de aquí, los siguientes capítulos abordan las principales necesidades que pueden presentar los alumnos con discapacidad motora.

En el capítulo II se analiza el impacto de la discapacidad sobre las relaciones sociales y el autoconcepto de los alumnos con discapacidad motora, enfatizando el papel de la familia.

El capítulo III aborda la inclusión educativa de estos alumnos, planteando pautas de intervención centradas en las adaptaciones de acceso al currículo.

Una vez planteada la fundamentación teórica, se diseña un instrumento para la recogida sistemática de información que detecte las necesidades que, dentro de los tres ejes establecidos, presente la población objeto de estudio.

En concreto, se ha diseñado un protocolo de entrevista semiestructurada, compuesta por preguntas abiertas que será aplicado como estudio piloto en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

CAPÍTULO I. LA DISCAPACIDAD MOTORA

En este capítulo abordaré el concepto de discapacidad motora, así como las diversas clasificaciones que los diferentes autores proponen entorno a ella.

1- CONCEPTO DE DISCAPACIDAD MOTORA

En primer lugar, expondré de una forma sintética el concepto genérico de discapacidad para después pasar a centrar la atención en el objeto de estudio del trabajo, la discapacidad motora.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define deficiencia como “pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”. Además, define el término discapacidad como “restricción o ausencia por deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (Camacho-Conchucos, Fajardo-Campos y Zavaleta de Flores, 2012, p.120). Cabe aclarar, que la existencia de una deficiencia no siempre implica discapacidad mientras que por el contrario, siempre que hay discapacidad suele haber deficiencia.

Como señala Olmedo (2008), en los últimos años, se ha pasado de una concepción de la discapacidad basada únicamente en términos de deficiencia, a otra muy distinta en la que lo esencial son las necesidades educativas que tiene el alumno en un medio social y escolar concreto. Es decir, se ha pasado de un modelo del déficit a un modelo socio-educativo. Así, antes lo importante era describir, lo más exactamente posible, el origen o las características del problema con el fin de establecer un tratamiento que se correspondiese con el diagnóstico de dicha deficiencia. En la actualidad, no se trata de olvidar la discapacidad, sino de remarcar que lo importante no es encuadrar al alumno en una clasificación, sino hacer un estudio real de sus necesidades para, una vez identificadas, buscar las soluciones más apropiadas y conseguir así potenciar al máximo sus capacidades.

Desde el punto de vista de la intervención, es muy importante conocer cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles del educando ya que únicamente de esta forma, podremos detectar sus necesidades y actuar de acuerdo a las mismas. Todos los seres humanos somos únicos e irrepetibles y por tanto, que dos alumnos tengan la misma discapacidad no significa que deban recibir el mismo tratamiento.

Debemos centrarnos en la persona y no en su discapacidad. En educación no hay recetas, debemos mirar a la persona con la que estamos trabajando y a partir de ahí, valorar qué podemos hacer para ayudarle a mejorar (Lizasoáin y Peralta, 2004).

Por otro lado, en cuanto a la concepción de la discapacidad, parece que el paso del modelo del déficit al modelo socio educativo al que vengo haciendo referencia, supone un gran avance puesto que como se ha señalado, ya no se trata solo de etiquetar a la persona dentro de una u otra clasificación, sino que se intenta ir más allá, tratando de ver sus necesidades y procurando responder a ellas de la mejor forma posible. Sin embargo, todavía queda un largo camino por recorrer puesto que no todo el mundo está sensibilizado con la discapacidad y todavía hay mucha gente que trata a estas personas con lástima y menosprecio viendo exclusivamente sus limitaciones y creyendo, que no tienen fortalezas (Grau, 2005). En esta línea, como afirma la doctora Sánchez-Carpintero, “puede ser más interesante conocer las habilidades que una persona conserva, que las que ha perdido o tiene limitadas”.¹

Una vez abordado el concepto de discapacidad desde el modelo socioeducativo, centrado en las necesidades de la persona y no solo en el déficit que padece, abordaré el concepto de discapacidad motora así como diversas clasificaciones que diferentes autores proponen en torno a ella.

Antes de nada, me gustaría destacar que existen varios términos para referirse a este tipo de discapacidad (discapacidad motora, discapacidad motórica, discapacidad motriz, etc.) pero, en el presente trabajo, me referiré a ella como discapacidad motora.

La denominación discapacidad motora, tal y como reconoce la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), se refiere a cualquier restricción o falta de capacidad (como consecuencia de una deficiencia física) para llevar a cabo una actividad de la manera o el nivel considerado normal para un individuo en su situación sociocultural específica (López, Fernández y Polo, 2005).

Como se puede apreciar, la CIE-10 aporta la misma definición para definir discapacidad motora que la que hemos visto anteriormente en la definición genérica de discapacidad. La única diferencia es que se añade como consecuencia de la misma una deficiencia física.

¹ Tomado de la sesión que se impartió el día 16 de febrero de 2015 dentro de las jornadas “Capacitarse para entender la Discapacidad” organizadas por TANTAKA, Universidad de Navarra.

Peralta (2011), apunta que la discapacidad motora es un término de gran amplitud, que se utiliza en educación especial para diferenciar estos trastornos de los de origen psíquico o sensorial, aunque frecuentemente se presentan asociados (un número importante de casos tienen discapacidad motora, pero también personas con graves afectaciones motoras tienen inteligencia conservada).

Además, esta misma autora señala que estos trastornos se producen por una lesión o enfermedad del sistema nervioso o del aparato locomotor (articulaciones, huesos, músculos) pero que los factores causales pueden ser agentes traumáticos, metabólicos, infecciosos o genéticos que lesionan las estructuras e impiden su correcto desarrollo, como veremos más adelante en el apartado de clasificación.

Varios autores (Babío, 1991²; Rosa, Martín-Caro y Montero, 2003; Olmedo, 2008; Muñoz, 2009; CREENA³) coinciden en que el alumno con discapacidad motora es aquel que presenta de manera transitoria o permanente alteraciones en el aparato motor debido a anomalías de funcionamiento en el sistema nervioso, muscular, óseo-articular o en varios de estos sistemas, y que en grados variables limita algunas o muchas de las actividades que pueden realizar el resto de niños de su edad. Esta alteración sitúa a la persona en una situación de desventaja y genera limitaciones en la postura, coordinación, comunicación y desplazamiento.

No obstante, cuando en la definición se afirma que la discapacidad motora es un trastorno permanente, no significa que éste sea definitivo. De hecho, muchas de las dificultades que tienen estas personas pueden ser mejoradas e incluso superadas si contamos con medios adecuados tanto materiales como personales que permitan favorecer al máximo el desarrollo de las potencialidades del alumno.

² Babío (1991), se refiere al niño con discapacidad motora como “deficiente motórico”. Esto seguramente es debido a la antigüedad de la definición. Hoy en día, no utilizamos este término para referirnos a las personas con discapacidad motora pero, en aquellos años, el uso de ese término se consideraba apropiado.

³ El CREENA es el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. Su página web: <http://creena.educacion.navarra.es/> comprende información completa sobre el concepto de discapacidad motora y su intervención educativa.

Parra y Luque-Rojas (2013), apuntan que la discapacidad motora es un estado de limitación en la movilidad o comunicación, debido a la interacción entre factores individuales (dificultades por un inferior funcionamiento del sistema osteo-articular, muscular y/o nervioso) y aquellos derivados de un contexto menos accesible o no adaptado.

El término discapacidad motora hace referencia a una alteración en la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o manipulación, bucofonatorias o de la respiración y que limita a la persona en su desarrollo personal y social (Crespo, 2005, en Pérez y Garaigordobil, 2007, p.344).

Del Barco (2009), afirma que los alumnos con discapacidad motora “presentan dificultades para realizar algunos movimientos, encontrándose implicado en ello el sistema nervioso, pues es él el que se encarga de producir y regular el movimiento” (p.2). Este autor, en su definición enfatiza la existencia de una lesión en el sistema nervioso central, sin aludir a la posible afección del aparato locomotor. Sin embargo, como hemos ido viendo en las diferentes definiciones, la mayoría de autores coinciden en que la alteración puede darse tanto en el sistema nervioso central como en el aparato locomotor.

Por último, antes de pasar al apartado de clasificación, haré una síntesis del concepto de discapacidad motora recogiendo las ideas más importantes que los diversos autores señalados han destacado:

La discapacidad motora se define como la restricción o falta de capacidad como consecuencia de una deficiencia física.

Es fruto de una alteración transitoria o permanente (por lesión o enfermedad) en el sistema nervioso central o en el aparato locomotor (huesos, articulaciones o músculos), que sitúa a la persona que la padece en una situación de desventaja porque limita o incapacita la realización de muchas de las actividades, que llevan a cabo sus iguales de manera normalizada.

Este trastorno puede generar limitaciones en la postura, coordinación, comunicación, manipulación, desplazamiento y funciones bucofonatorias y/o respiratorias.

2- CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD MOTORA

Como señala Peralta (2011), dentro del término discapacidad motora se engloban un conjunto heterogéneo de trastornos manifestados en múltiples formas y diversos grados. Cada una de estas formas afecta en grado variable a la capacidad de realizar movimientos que sean precisos, ágiles y coordinados.

El grado de afectación depende de una serie de variables como la extensión, localización, origen e importancia funcional de la zona lesionada. Por ello, resulta complejo generalizar los síntomas y manifestaciones características de cada una de las diversas patologías. Además, no debemos olvidar que lo importante es concebir a cada alumno como una persona individual, con unas determinadas capacidades y a su vez condicionado por el entorno que le rodea. Como se dijo anteriormente, debemos mirar antes a la persona que a su discapacidad, puesto que ésta es fruto de la interacción entre factores individuales y ambientales, por lo que cada caso va a ser único. De ahí la importancia de detectar las necesidades de cada persona y no solo etiquetarla en una u otra clasificación.

No obstante, en ocasiones, las clasificaciones ayudan a promover la investigación para mejorar la calidad de vida de estas personas y sirven para que puedan recibir una serie de ayudas. Por ello, a continuación mostraré diferentes clasificaciones propuestas por diversos autores relevantes en este ámbito.

Pérez y Garaigordobil (2007), presentan una clasificación de los trastornos motrices utilizando distintos criterios. Por un lado, la topografía del trastorno motor o como señala Olmedo (2008), según la zona afectada, encontramos:

- Monoplejía: se encuentra afectado un miembro del cuerpo, ya sea brazo o pierna.
- Hemiplejía: se encuentra afectado un lado simétrico del cuerpo, ya sea derecho o izquierdo.
- Paraplejía: se encuentran afectados ambos miembros inferiores.
- Tetraplejía: se encuentran afectados los cuatro miembros.
- Diplejía: se encuentran más afectados los miembros inferiores que los superiores.

Estos mismos autores recogen el término “paresias” para hacer referencia a una parálisis ligera. De esta forma hablamos de monoparesia, hemiparesia, paraparesia y tetraparesia.

Por otro lado, y en función de las características del movimiento, Pérez y Garaigordobil (2007), recogen:

- La espasticidad: se caracteriza por un tono muscular excesivo.
- La hipotonía: se caracteriza por una disminución del tono muscular.
- La distonía: se refiere a la alteración del tono muscular caracterizada por espasmos de contracción intermitente.

Sin embargo, concluyen estos autores que a menudo resulta imposible situar a una persona en una de estas categorías, debido a que existen formas de transición entre unas y otras. Además, en muchos casos, la clasificación se dificulta aún más por la existencia de trastornos asociados.

Del Barco (2009), propone otra clasificación atendiendo a dos criterios diferentes. Así, clasifica la discapacidad motora teniendo en cuenta el tipo de afección cerebral y la causa que provocó la deficiencia.

En primer lugar, se refiere al tipo de afección cerebral que presenta la persona que padece discapacidad motora, distinguiendo entre parálisis cerebral, cuando la lesión cerebral es clara, y espina bífida, miopatía, distrofia muscular y poliomielitis, cuando no hay afección cerebral.

En la misma línea, Hurtado (2008), recoge dentro de los trastornos con afectación cerebral, la parálisis cerebral, entendida como pérdida o alteración del control motor producida por una lesión encefálica. En cuanto a los trastornos sin afectación cerebral, señala que suelen considerarse menos graves, aunque tienen efectos importantes en el área motriz y en el desarrollo social, personal y educativo de las personas afectadas.

Del Barco (2009), en segundo lugar, atiende a la causa que provocó la deficiencia afirmando que las causas más comunes son las infecciones, la transmisión genética y la lesión del sistema nervioso o del aparato locomotor.

Olmedo (2008), se refiere a este mismo criterio aludiendo a la etiología del trastorno y distinguiendo como causas más comunes las siguientes:

- Transmisión genética
- Infecciones microbianas (como es el caso de la tuberculosis ósea).
- Accidentes que conllevan traumatismo craneal o amputaciones.
- Origen desconocido.

Hurtado (2008), afirma que según la etiología también podemos diferenciar entre trastornos de origen hereditario, congénito o perinatal; adquiridas en la infancia o adquiridas con posterioridad.

Por último, Olmedo (2008) y Peralta (2011), presentan una clasificación basándose en el origen de la lesión, afirmando que el origen puede ser cerebral (parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico, tumores), espinal (espina bífida, poliomiелitis, lesiones o traumatismos medulares), muscular (miopatía) u óseo-articular (malformaciones congénitas, distróficas, microbianas, reumatismo infantil, lesiones óseas). Por ser este criterio de clasificación el más común en el ámbito educativo explicaré brevemente algunas de estas lesiones⁴.

A-Lesiones de origen cerebral

- Parálisis cerebral infantil (PCI): la parálisis cerebral infantil fue conocida hasta 1889 como Síndrome de Little. Se define como un trastorno permanente, pero no inmutable, de la postura, el tono y el movimiento debido a una disfunción en el encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se complete. Este daño cerebral conduce a una coordinación desajustada de la acción muscular y no a una parálisis de los músculos. Se diferencian los siguientes tipos:
 - Espástica: se caracteriza por la rigidez muscular.
 - Atetósica: se caracteriza porque el tono muscular es fluctuante.
 - Atáxica: afecta al equilibrio, a la coordinación muscular y a la capacidad de regular la precisión del movimiento.
 - Mixta

⁴ La clasificación de las lesiones aquí recogida procede de la página web del CREENA (Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra).

- Traumatismo cráneo-encefálico: lesión cerebral que se produce por un impacto directo (golpe) o indirecto (desplazamiento de la masa encefálica).
- Accidente cerebro-vascular: proceso neurológico de comienzo brusco, debido a un fallo en el aporte sanguíneo, que provoca lesión cerebral y pérdida permanente o temporal de la función motriz. Se manifiesta, generalmente, con hemiplejía o hemiparesia y puede acompañarse o no de pérdida de lenguaje.

B- Lesiones de origen medular

- Espina bífida: malformación congénita del cierre del canal vertebral, que puede ir o no acompañada de salida al exterior de una parte de la médula espinal y/ o de las meninges. Es una lesión permanente y no modificable. El pronóstico de locomoción viene dado por el nivel y la extensión de la lesión.
- Lesión medular traumática: lesión en la médula espinal adquirida por un traumatismo que provoca una desconexión de las vías nerviosas, sensitivas y motoras con el cerebro. Es una lesión permanente y no modificable. Según el nivel de la lesión, los trastornos son variables: tetraplejía y paraplejía.

C-Procesos neuromusculares

- Distrofia muscular progresiva: es una alteración del trofismo muscular que produce debilitamiento y degeneración progresiva de los músculos de acción voluntaria. Según el tipo de distrofia las consecuencias de la enfermedad varían desde formas benignas a muy graves. Estas últimas conllevan un progresivo deterioro físico que llega hasta la pérdida de la marcha, limita la capacidad respiratoria y disminuye la expectativa de vida.
- Neuromiopatías: son enfermedades congénitas, desmielinizantes y de evolución variable. Su grado de severidad varía desde formas asintomáticas hasta otras muy graves. En los casos leves, se produce cierta parálisis en los miembros inferiores, sin impedir la marcha (aunque precisen de aparatos ortopédicos). En los muy graves, existe imposibilidad para adquirir la deambulación.

D- Procesos osteoarticulares

Son lesiones evolutivas. Las alteraciones que se producen incluyen malformaciones que afectan a los huesos y a las articulaciones. Pueden ser de etiología congénita, distrófica y adquirida. Presentan poca movilidad por la rigidez articular, posturas evitadoras de dolor y, en general, dificultad postural.

Para finalizar este primer capítulo, considero pertinente representar gráficamente las diversas clasificaciones expuestas, en una tabla. De esta forma, podemos apreciar los diferentes criterios en los que se basan estos autores para clasificar la discapacidad motora.

AUTOR	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	TIPOLOGÍA
Hurtado (2008); Olmedo (2008); Del Barco (2009).	Según la etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones, transmisión genética, accidentes u origen desconocido. • Origen hereditario, congénito o perinatal, adquirido en la infancia o adquirido con posterioridad.
Olmedo (2008); Hurtado (2008); Del Barco (2009); Peralta (2011); CREENA	Según el origen de la lesión	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebral: <ul style="list-style-type: none"> - Parlálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico y tumores. • No cerebral: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Espinal</u>: espina bífida, poliomyelitis, lesiones o traumatismos medulares. - <u>Muscular</u>: miopatía, distrofia muscular. - <u>Oséo-articular</u>: malformaciones congénitas, distróficas, microbianas, reumatismo infantil o lesiones óseas.
Pérez y Garaigordobil (2007); Olmedo (2008).	Según la zona afectada del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Monoplejía • Hemiplejía • Paraplejía • Tetraplejía • Diplejía
Pérez y Garaigordobil (2007).	Según las características del movimiento	Espásicidad, hipotonía, distonía, etc.

Tabla 1. Clasificación de discapacidad motora. Elaboración propia.

Una vez visto en este capítulo I la definición y clasificación de la discapacidad motora, pasamos al segundo capítulo en donde me centraré en el impacto que tiene la discapacidad motora tanto sobre la persona con discapacidad como sobre su familia.

CAPÍTULO II. IMPACTO PERSONAL Y FAMILIAR DE LA DISCAPACIDAD MOTORA

En este capítulo voy a analizar el impacto que tiene la discapacidad motora en la persona sujeto de dicha discapacidad, así como en el resto de miembros de su familia.

1- INFLUENCIA SOBRE EL AUTOCONCEPTO Y LAS RELACIONES SOCIALES

En primer lugar, voy a abordar las consecuencias que supone tener una discapacidad motora tanto a nivel interpersonal, aludiendo a las relaciones sociales de las personas con discapacidad motora y su entorno, como a nivel personal, haciendo referencia a su autoconcepto.

Como vamos a ver a continuación, las relaciones sociales suponen un indicador relevante en la determinación del autoconcepto. A su vez, el autoconcepto es un buen predictor de la calidad de vida de las personas. Por tanto, en este primer apartado vamos a estudiar cómo influye la discapacidad motora en las relaciones sociales y el autoconcepto de estos alumnos, ya que de ello va a depender, en gran medida, su calidad de vida.

Antes de empezar, me gustaría aclarar que aun siendo consciente de la diferencia terminológica que existe entre autoestima y autoconcepto, en este apartado me referiré a ambos conceptos indistintamente.

En primer lugar, abordaré por qué se caracterizan o cómo suelen ser las relaciones sociales en este colectivo. Para ello, empezaré definiendo que es apoyo social y por qué es tan importante.

El apoyo social se define como la ayuda a la que un sujeto puede acceder a través de los lazos sociales que mantiene con otras personas. Aspectos tales como recibir amor, afecto, ayuda o consejos forman parte de este constructo y son importantes de cara a afrontar con éxito las dificultades que encontramos en nuestras vidas (Lin, Dean y Ensel, 1981; Bal, Crombez, Van Oost y Debourdeaudhuij, 2003; Morales, Moreno y Vallejo, 2003, en Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes, 2009, p. 142).

Normalmente, recibimos el apoyo que necesitamos de nuestras redes sociales (familia, amigos, vecinos, compañeros, etc.). Sin embargo, el apoyo que suelen recibir las personas con discapacidad motora puede no ser suficiente debido a que suelen tener limitaciones y restricciones para relacionarse con personas fuera del entorno familiar e institucional (Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes, 2009).

Estos mismos autores señalan que este colectivo, en ocasiones, carece de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales satisfactorias. Esta carencia puede deberse entre otras causas a actitudes de sobreprotección de los adultos, a la insuficiencia de relaciones sociales ricas y variadas o a causas relacionadas con las limitaciones funcionales derivadas de la propia discapacidad, que imposibilitan o dificultan su participación en algunas actividades. En cuanto a estas limitaciones, es importante destacar que suelen ser el origen de todas las demás causas. Como señala Hurtado (2008), el déficit motor puede conllevar una interacción anómala con el mundo social. De hecho se ha observado que algunos niños y adolescentes con discapacidad motora no consiguen una buena interacción con sus iguales (Mpofu, 2003). La motricidad reducida o poco controlada, puede provocar una interacción alterada, porque el niño no puede producir muchos de los gestos a los cuales la sociedad asigna valor comunicativo, puede encontrar dificultad en ganar y mantener la atención de otras personas, transmitir e intercambiar informaciones y afectos y/o falta de control sobre los objetos (Hurtado, 2008).

Además, y a pesar de estas limitaciones y de la sobreprotección de los padres, también se añade como causa principal en la carencia de relaciones sociales, la falta de interés o motivación por parte de la persona con discapacidad ante el temor al fracaso o al rechazo social. Este último punto es destacado por Peralta (2011), quien apunta que “lo peor de una discapacidad física no son las limitaciones que acarrea en la persona, sino el efecto social que produce, ya que genera problemas para su incorporación a la sociedad y a la cultura” (p.185). En la misma línea, Polo y López (2012), señalan que los estudiantes con algún tipo de discapacidad presentan dificultades en el contexto educativo puesto que además de tener que superar las barreras arquitectónicas, deben superar también las psicosociales. La estigmatización social que se construye en la persona ante la presencia de una discapacidad supone una redefinición en su identidad social y en su comportamiento (Ferreyra 2007, en Pía 2012, p. 1065).

Como vemos, son muchos los autores que enfatizan en la importancia de ayudar a los alumnos con discapacidad motora a desarrollar habilidades y competencias para relacionarse con los otros e integrarse adecuadamente en la sociedad. Tener un autoconcepto positivo y una adecuada competencia social y emocional son factores que determinan la calidad de vida de las personas (Winkelman y Shapiro, 1994; Wolman y Basco, 1994) por ello debemos orientar nuestras actuaciones en esta dirección, si queremos mejorar la calidad de vida de nuestros alumnos con discapacidad motora.

Así, Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes (2009), apuntan que intervenciones psicoeducativas basadas en el apoyo social de iguales pueden incrementar la satisfacción de las necesidades sociales y emocionales de estas personas. Un estudio llevado a cabo por estos autores, muestra cómo el apoyo social que proporcionaban los voluntarios (sus iguales) aumentaba la autoestima y el autoconcepto de las personas con discapacidad y, a su vez, de las personas voluntarias.

Además, añaden estos autores, que trabajar las habilidades sociales de las personas con discapacidad motora puede contribuir a disminuir la situación de desventaja social en la que se encuentran, así como fomentar más confianza en sí mismos y mayor capacidad de relación con sus iguales.

Por otro lado, haciendo de nuevo referencia al apoyo social, Suriá (2013), llevó a cabo un estudio en el cual analizó la fortaleza de las personas con discapacidad según la tipología de la misma y destacó que las personas con discapacidad motora o sensorial y sus familias, suelen tener al alcance más apoyo que las que padecen otro tipo de discapacidad diferente. Esta autora justifica esta idea en el hecho de que existan barreras visibles y evidentes en este tipo de discapacidades. Esto no ocurre, por ejemplo, en la discapacidad intelectual, la cual es menos visible de cara a la sociedad (Mactavish, Mackay, Iwasaki y Betteridge, 2007, en Suriá 2013, p.33).

Por tanto, concluyo que el hecho de que las personas con problemas motores reciban más apoyo por tener dificultades evidentes y visibles, significa que la sociedad está cada vez más sensibilizada frente a la discapacidad puesto que ante lo evidente, no ignora sino que presta apoyo. No obstante, no debemos caer en la tentación de tratar a estas personas con lástima y ofrecerles ese apoyo por “pena y solidaridad” porque entonces más que ayudándoles, estaremos perjudicándoles.

Una vez abordado el apoyo social y las relaciones sociales, voy a pasar a centrar la atención en el autoconcepto de las personas con discapacidad motora. Como venimos diciendo, si las relaciones sociales son favorables, influirán positivamente en el autoconcepto, y este último puede ser determinante en la calidad de vida de las personas.

En primer lugar, vamos a ver qué es el autoconcepto y qué importancia tiene el mismo en la vida de las personas. A continuación veremos si hay correlación entre discapacidad motora y autoconcepto negativo. Es decir, trataremos de analizar si las personas con discapacidad tienden a tener un mayor o menor nivel de autoconcepto en relación con las personas que no padecen ningún tipo de discapacidad.

El término autoconcepto ha sido definido por muchos autores a lo largo del tiempo. Vamos a ver dos definiciones que plasman de forma clara este concepto:

- “Percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, basada directamente en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su conducta” (Shavelson, Hubner y Stanton 1976, en Polo y López 2012, p.88).
- “El autoconcepto juega un papel clave en la vida personal, profesional y social de los individuos porque favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento educativo, social y laboral, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico” (Machargo, 1997; Markus y Kitayama, 1991, en López, Fernández y Polo 2005, p.102).

En efecto, podemos hablar de uno mismo desde diferentes perspectivas (personal, académica, social, etc.). El autoconcepto utiliza los elementos que cada uno considera que le diferencian y sirven para identificarle frente a los demás. En este sentido, se dice que el autoconcepto tiene un aspecto diferencial y juega un papel clave en la vida de las personas (Moreno, 2007, en Polo y López, 2012 p.88).

La inclusión de las personas con discapacidad no solo viene determinada por la actitud de los demás, sino que también influye la percepción que uno tenga sobre sí mismo. Por tanto, el autoconcepto juega un papel clave puesto que determina las expectativas condicionando la conducta. Como señala Saura (1995), es muy importante

el sentido de autoeficacia para realizar con éxito la conducta necesaria para conseguir el resultado esperado. Si nos sentimos competentes y capaces, conseguiremos los objetivos propuestos, y además, nos pondremos cada vez expectativas más altas.

Por otro lado Liello (2009), señala que la niñez y la adolescencia son las etapas de la vida en las que resulta más difícil sobrellevar una discapacidad, pues el niño y el joven desean ser aceptados como personas, no como discapacitados. La autoestima es importante a medida que los niños van dejando de esperar la aprobación de los padres exclusivamente y pasan a esperar la aprobación del resto de los adultos y principalmente de sus iguales.

Pérez y Garaigordobil (2007), señalan que la persona se evalúa en comparación con otros, por lo que la comparación social juega un papel fundamental en el desarrollo del autoconcepto. En la misma línea, Polo y López (2012), basándose en Buscaglia (1990), señalan que el yo de las personas con discapacidad crece y se desarrolla del mismo modo que el de las personas sin discapacidad. Lo que sucede es que, en muchas ocasiones, las personas con discapacidad reciben influencias negativas, rechazo social o experiencias negativas en sus relaciones interpersonales que le desvalorizan y frustran. Como hemos señalado en párrafos anteriores, las relaciones sociales determinan gran parte del autoconcepto y éste determina a su vez, la calidad de vida de las personas. Debemos ayudar a que las personas con discapacidad motora desarrollen habilidades sociales y establezcan relaciones sociales satisfactorias, pues, de esta forma, estaremos promoviendo la mejora de su autoconcepto y por tanto, de su calidad de vida.

En cuanto a la existencia de correlación entre discapacidad motora y autoconcepto negativo, no se encuentran resultados uniformes, los estudios muestran resultados contradictorios.

Así, en un estudio llevado a cabo por Polo y López (2012), se comprobó que la presencia de discapacidad puede estar asociada con un nivel más bajo de autoconcepto académico (se perciben menos competentes en este ámbito) y emocional (tienen una percepción más negativa de su estado emocional). Este estudio verificó su hipótesis, la cual apuntaba a que las personas con discapacidad eran un grupo de riesgo a desarrollar un autoconcepto negativo.

Sin embargo, Pérez y Garaigordobil (2007), llevaron a cabo otro estudio en el cual no encontraron diferencias significativas en el autoconcepto entre personas con y sin discapacidad motora. Estos autores, apuntan que la explicación podría encontrarse en un modelo social de la discapacidad, desde el cual, se apunta a que las dificultades a las que se tienen que enfrentar estas personas están más influenciadas por su realidad social que por las características físicas de su propia discapacidad. Además, es posible, que el apoyo social, familiar e institucional que han recibido estas personas haya influido en los resultados obtenidos. Como señala Antle (2004), el apoyo social percibido por parte de las personas con discapacidad motora es el mejor predictor de su autoconcepto. Este autor, afirma que el apoyo social tiene más peso en el desarrollo del autoconcepto que otras variables como el género, la edad, el diagnóstico o el momento de aparición de la discapacidad motora.

Por otro lado, López, Fernández y Polo (2005), estudian la relación entre el autoconcepto y la formación académica de sujetos con discapacidad motora y comprueban que un mayor rendimiento académico se relaciona con un mejor autoconcepto, por lo que concluyen que las personas con discapacidad motora sin estudios universitarios deberían recibir más apoyo personal, social y académico.

Como podemos apreciar no hay uniformidad en los resultados obtenidos respecto a la relación entre discapacidad motora y autoconcepto negativo. Las investigaciones llevadas a cabo sobre el autoconcepto de las personas con discapacidad señalan resultados contradictorios. Por un lado, algunas de ellas evidencian que el autoconcepto de estas personas es habitualmente negativo. Por el contrario, hay muchos trabajos que no evidencian diferencias significativas entre el autoconcepto de personas con y sin discapacidad motora.

Como apuntan varios autores (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson y Loftus, 2003, en López, Fernández y Polo, 2005, p.108), niveles altos de autoconcepto se relacionan con mayor superación de las consecuencias de la discapacidad, con una actitud positiva ante la vida y con mayor grado de compromiso y participación. Por el contrario, los bajos niveles, repercuten negativamente en la salud física y psíquica, y se relacionan con infravaloración personal, depresión y aislamiento social.

En definitiva, podemos concluir que debemos ayudar a nuestros alumnos a desarrollar un nivel de autoconcepto alto, pues, como venimos señalando, el autoconcepto es un aspecto determinante en la calidad de vida de las personas.

Tras abordar cómo influye la discapacidad motora en la persona, vamos a pasar a ver cómo viven los otros miembros de la familia la discapacidad.

2- LA VIVENCIA FAMILIAR DE LA DISCAPACIDAD

Hasta ahora hemos visto el impacto que tiene en la persona el hecho de tener una discapacidad motora. Ahora, vamos a ver el impacto de la misma en la familia, es decir, cómo viven los miembros de una familia el tener un hijo o un hermano con este tipo de discapacidad.

En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de investigaciones se centran en analizar el papel de los padres, olvidando en la mayoría de los casos a los hermanos. Sin embargo, no podemos dejar de lado a los hermanos, ya que estos necesitan ser atendidos, pues también tienen inquietudes y necesidades a las que debemos tratar de responder (Lizasoáin, González, Iriarte, Peralta, Sobrino y Onieva, 2011). Por ello, al final del capítulo, dedicaremos un apartado destinado a los hermanos de las personas con discapacidad. Hasta entonces, hablaremos de familia, refiriéndonos en la mayoría de ocasiones, exclusivamente a los padres.

Para comenzar, es importante señalar que la familia constituye una pieza fundamental en el bienestar, la salud, la integración, la rehabilitación y el cuidado general de las personas con discapacidad (Pia, 2012; Suriá, 2013). Así, las familias cobran especial importancia puesto que cuando nace un hijo con discapacidad, o le sobreviene a lo largo de la vida, los padres suelen hacer un cambio de roles ya que además de ser padres, cumplen los papeles de cuidadores, enfermeros, fisioterapeutas e incluso médicos, asumiéndolo en la mayor parte de las ocasiones, sin recibir todo el apoyo y las ayudas que precisan (Heiman y Berger, 2008; Samios, Pakenham y Sofronoff, 2008, en Suriá, 2013, p.24).

En la misma línea, Pia (2012), apunta que la familia necesita contención para desarrollar la capacidad resiliente y seguir adelante. Hasta hace poco, la mayoría de investigaciones se centraban casi exclusivamente en los aspectos negativos que supone tener un hijo con discapacidad. Sin embargo, cada vez son más los estudios que se centran en las fortalezas para una crianza positiva (Flaherty y Glidden, 2000; Folkman y Moskowitz, 2000; Goodley y Tregaskis, 2006; Kotliarenco y Lecannelier, 2004; Trute, Hiebert-Murphy y Levine, 2007, en Suriá, 2013, p.25).

Como señala Dykens (2006), la experiencia de tener un hijo con discapacidad no tiene por qué reportar exclusivamente vivencias negativas. La crianza de un hijo con esta problemática no es fácil, pero puede conducir a una vida más rica, más valiosa y más completa.

Así, es muy importante la actitud que adopte la familia ante la llegada de un hijo con discapacidad, ya que de aquella va a depender cómo afronte la persona su propia discapacidad. Los padres tienen que afrontar la discapacidad de su hijo y reorganizar su vida familiar, social y profesional desde el afecto y la comprensión, considerándoles personas útiles y fomentando que este reconocimiento trascienda a nivel social.

Cabe señalar que la experiencia de tener un hijo con discapacidad, no implica que esta situación sea generalizable a todas las familias, ya que como dijimos en el capítulo I, cada ser humano es único e irrepetible, no hay dos personas iguales. No obstante, sí que es cierto que el hecho de encontrar a otros padres que hayan pasado o estén pasando por la misma situación reconforta y ayuda, pues les permite compartir experiencias y sentirse escuchados y comprendidos (Núñez, 2003).

Además, hay investigaciones que estudian el grado de adaptación manifestado por los padres ante la llegada de un hijo con discapacidad, teniendo en cuenta distintas variables (Phetrasuwan y Miles, 2009). Por ejemplo, una de estas variables puede ser la gravedad de la discapacidad (Conti-Ramsdem, Botting y Durkin, 2008; Glidden y Jobe, 2007). Otra variable a destacar podría ser el momento de la aparición. Tal y como afirman Wehmeyer y Field (2007), los padres cuyos hijos tienen una discapacidad congénita, son más fuertes puesto que desarrollan, paralelamente al crecimiento del hijo, unas estrategias de afrontamiento que les permiten superar las barreras con las que han de enfrentarse día a día, normalizando la difícil situación e incluso convirtiendo ésta en una experiencia enriquecedora.

Sin embargo, cuando los padres se enfrentan a la discapacidad sobrevenida de un hijo, se encuentran con una situación diferente. En este caso, la familia ha pasado, previamente, por un proceso de crianza normalizado debiéndose enfrentar, tras el diagnóstico, a la pérdida del estilo de vida anteriormente llevado y que debe cambiar por la nueva situación, debiendo afrontar un proceso de aprendizaje de otra forma de vida con nuevas pautas de adaptación (Suriá, 2013).

Por último, Sánchez y Justicia (2007), señalan que el nacimiento de un hijo con discapacidad suele ser impactante y repercute a lo largo de todo el ciclo vital con mayor o menor intensidad dependiendo de los casos, del momento evolutivo del sujeto, de los recursos personales y de las condiciones de vida. Estos mismos autores apuntan que la aceptación de la discapacidad puede estar vinculada con los recursos sociales y psicoeducativos disponibles (familia numerosa, amigos, vecinos, instituciones sociales, etc.). Como venimos señalando, el apoyo social es fundamental para superar con éxito las dificultades.

A continuación, tal y como he planteado al inicio de este capítulo, voy a referirme al impacto que sobre los hermanos tiene la discapacidad.

En primer lugar, es importante destacar que el nacimiento de un niño con discapacidad no es solo un desconcierto para los padres sino que también lo es para los hermanos. Tanto es así, que este acontecimiento influye directamente en la construcción de la psicología y afectividad de éstos (Lizasoáin y Onieva, 2010).

Entre otros muchos aspectos, la llegada de un niño con discapacidad a la familia hace que los padres tengan que estar muy pendientes de ese niño, por lo que la disponibilidad que tienen para atender al resto de los hijos se reduce. Esto suele provocar en los hermanos, una sensación de sentir que pasan a un segundo plano para sus padres (Bert, 2006, en Lizasoáin y Onieva, 2010, p.90).

En la misma línea Madrigal (2007), afirma que uno de los mayores peligros ante la llegada de un miembro con discapacidad a la familia es que éste se convierta en el centro de atención alrededor del cual gire la vida familiar. Como señala Naylor y Prescott (2004), los padres pasan más tiempo con el niño con discapacidad y tienden a protegerlo mucho más que a los demás hijos, dándole más privilegios. Consecuentemente, los demás hermanos crecen convencidos de que no se puede “pegar” a ese hermano ni tener “sentimientos negativos hacia él”. Incluso pueden llegar a sentirse enfadados con el hermano con discapacidad por el tipo de vida que les condiciona, sintiéndose a la vez culpables de tener esos sentimientos.

Así, vemos que los hermanos de personas con discapacidad tienen unas necesidades específicas a las que hay que atender y dar respuesta. Entre ellas, podemos destacar las siguientes (Lizasoáin, González, Iriarte, Peralta, Sobrino y Onieva, 2011):

- Estar informados y formados. Debemos contarles lo que pasa ajustando nuestras explicaciones a su edad.
- Comunicar y expresar lo que sienten. Debemos dejarles y ayudarles a expresar sus emociones.
- Ser escuchados y comprendidos. Que sepan que pueden contar con nosotros.
- Ser respetados en su individualidad, en sus pertenencias personales, en sus gustos y sus hobbies, en sus actividades, etc.

Para concluir, vemos que no se puede dejar de lado a los hermanos y centrarse solo en el hijo con discapacidad puesto que éstos también tienen necesidades. Como señalan Turnbull, Brown y Turnbull (2004), la reacción y adaptación de los hermanos va a depender de lo que los padres comuniquen y expresen. La llegada de un hijo con discapacidad no debe ser una noticia que ocultar ni esconder al resto de hermanos, sino que debemos involucrarles y vivir juntos la discapacidad de la mejor forma posible. Se ha comprobado que la llegada de un miembro con discapacidad, enriquece la vida de muchas familias.

Una vez presentado el impacto que tiene la discapacidad motora en la persona y en su familia, vamos a pasar al siguiente capítulo, en el que analizaremos la inclusión educativa del alumno con discapacidad motora.

CAPÍTULO III. INCLUSIÓN EDUCATIVA DEL ALUMNO CON DISCAPACIDAD MOTORA

En este capítulo, se abordará la inclusión escolar del alumno con discapacidad motora, las adaptaciones de acceso al currículo que estos alumnos precisan así como, algunas pautas de intervención para responder a las necesidades educativas que se derivan de dicha discapacidad.

1- INCLUSIÓN ESCOLAR

En primer lugar, me centraré en la inclusión escolar del alumno con discapacidad motora. Para ello, comenzaré definiendo el término inclusión, como proceso que responde positivamente a la diversidad de la persona y a las diferencias individuales, aceptándola como una oportunidad para enriquecer la sociedad (UNESCO, 2005, en Acosta y Arráez, 2014, p.137).

En el caso que aquí nos ocupa, el término inclusión haría referencia a una visión del alumnado con discapacidad motora, como una oportunidad para enriquecer el aula y el centro educativo. Para lograr que esta inclusión sea real, se requiere que el centro escolar cuente con los recursos materiales y personales que permitan responder, adecuadamente, a las necesidades de dicho alumno. Por un lado, debemos realizar una evaluación inicial de las necesidades del niño y, por otro, el centro educativo debe autoevaluarse, para comprobar en qué medida puede dar respuesta a esas necesidades. Se precisa, por tanto, de un buen ajuste entre las necesidades del alumno y la adecuación del contexto escolar (Del Barco, 2009).

Desde el punto de vista educativo, la discapacidad motora no debe implicar ningún tipo de barrera que impida al alumno adquirir conocimientos, habilidades o actitudes. Como señala Muñoz (2009), el centro educativo tiene que estar preparado para promover el pleno desarrollo cognitivo y emocional de todos los alumnos.

En la actualidad, se ha incrementado el interés por atender al alumno con discapacidad en la escuela ordinaria junto con el resto de alumnos sin discapacidad (Ainscow y Miles, 2008). Las iniciativas de inclusión de este colectivo se iniciaron con declaraciones e informes promulgados por organismos internacionales, el informe Warnok (1978) y, más concretamente en nuestro país, en la Conferencia Mundial de Salamanca, sobre las necesidades educativas especiales.

Así, vemos que las personas con discapacidad tienen el mismo derecho que el resto a ser incluidas y a recibir una educación de calidad. Sin embargo, y a pesar del marco legal existente, en la realidad se observa la necesidad de un cambio social, pues todavía queda un largo camino por recorrer para alcanzar una verdadera inclusión.

Dentro de este cambio social, el profesor juega un papel muy importante. Un estudio llevado a cabo por Acosta y Arráez (2014), comprobó que la actitud del docente es esencial en el éxito y desarrollo de cualquier programa educativo, pero, sobre todo, del éxito o fracaso de cualquier alumno, tenga o no discapacidad. En dicho estudio, se llegó a las siguientes conclusiones respecto a los docentes y su práctica educativa actual, poniendo en evidencia una serie de dificultades que hay que superar:

- El objetivo principal se centra en cubrir el currículum y no las necesidades reales de los alumnos.
- Los profesores tienen que realizar programas o proyectos sin haber recibido la adecuada formación para ello.
- Las actitudes hacia la discapacidad se basan en la lástima, la sobreprotección, la indiferencia o el rechazo.
- Actualmente se permite escolarizar a los alumnos con discapacidad en las aulas ordinarias, pero esto no significa que participen activamente, es decir que sean incluidos.

Como vemos, de la investigación de Acosta y Arráez (2014), se desprende que todavía queda mucho por hacer para lograr una verdadera inclusión.

En la misma línea, Suriá (2014), apunta que a pesar del incremento de recursos de apoyo, las adaptaciones curriculares y la formación del profesorado, los alumnos con discapacidad encuentran impedimentos para llevar una vida plena y participar en las actividades que desarrollan los alumnos sin discapacidad, siendo las actitudes sociales, uno de los mayores obstáculos para su inclusión (Novo-Corti, Muñoz-Cantero y Calvo-Porrá, 2011; Suriá, 2012).

En este sentido, parte de la literatura sobre la inclusión educativa de los jóvenes con discapacidad recoge que son los prejuicios los mayores causantes de la exclusión de este colectivo (Suriá, 2014). Estos prejuicios tienen siempre carácter negativo y provocan un trato discriminatorio.

Así, un estudio llevado a cabo por Suriá (2014), en el cual se analizaron las creencias de los padres de niños 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. Estos resultados, coinciden con otros estudios, en los que se aprecia que la actitud que muestra el profesorado y el alumnado hacia la discapacidad no es del todo inclusiva.

Además, en este estudio también se analizó el grado de inclusión del alumno en función del tipo de discapacidad, y se observó que los padres de hijos con discapacidad motora e intelectual percibían actitudes más discriminatorias, tanto por parte del profesorado como por parte de los compañeros de sus hijos, que los padres con hijos con otro tipo de discapacidad. Una causa podría ser, en el caso de la discapacidad motora, la limitación física que supone estar en silla de ruedas y no poder participar en muchas de las actividades realizadas por sus iguales (Dengra, Durán y Verdugo, 1991; Luque y Rodríguez, 2008).

Antes de pasar a abordar las adaptaciones de acceso al currículo, me gustaría destacar la importancia de seguir insistiendo en la necesidad de lograr una verdadera inclusión de los alumnos con discapacidad motora en los centros educativos, pues el colegio es, después de la familia, el segundo contexto más cercano al niño, donde pasa la mayor parte de su tiempo.

2- ADAPTACIONES DE ACCESO AL CURRÍCULO

En este apartado abordaré las principales adaptaciones que los alumnos con discapacidad motora pueden precisar para acceder al currículo.

Dentro del sistema educativo, podemos hablar de dos tipos de adaptaciones, adaptaciones de acceso y adaptaciones curriculares. Dependiendo del grado de afectación del alumno, de su desarrollo cognitivo y de otras variables, habrá alumnos que solo necesiten adaptaciones de acceso y otros que precisen de ambos tipos de adaptaciones.

Dentro de las adaptaciones curriculares, un aspecto prioritario a tener en cuenta es el desarrollo de la autonomía. El objetivo último es garantizar que los alumnos logren desarrollar al máximo sus capacidades funcionales.

En este trabajo abordaré solamente las adaptaciones de acceso al currículo, sin centrarme en las que se basan en los elementos básicos del currículo como son el qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar. Este contenido obedece a las ACI (adaptaciones curriculares individuales) y se realiza por lo tanto, para un alumno individual.

Además, como señalan varios autores (Peralta, 2011; Fábregas, 2012), la mayoría de los alumnos con discapacidad motora pueden seguir el currículo ordinario, lo que requieren son medidas que faciliten el acceso al mismo:

- Eliminación de barreras arquitectónicas como escaleras, bordillos, accesos estrechos o peligrosos que dificulten el acceso y, realización de diferentes adaptaciones físicas como rampas o ascensores.
- Acondicionamiento del edificio (pasamanos en los pasillos, anchura de las puertas como para permitir el paso de una silla de ruedas, interruptores o baños adaptados.)
- Acondicionamiento del aula (situación: planta baja, amplitud y ubicación de los diferentes elementos en su interior que faciliten su movilidad y accesibilidad dentro de la misma).
- Mobiliario adaptado (modificar su ubicación, colocar barras, adaptar tiradores, adaptar mesas y sillas, mesa con hendiduras, utilizar reposapiés, asientos pélvicos modelados, mesa con rebordes o tableros abatibles), material adaptado (objetos imantados o lápices con asideros), material específico (ordenador, carcasa protectora del teclado, teclado de conceptos, conmutadores o interruptores que permitan accionar instrumentos eléctricos, licornios o códigos alternativos de comunicación).

Para el desplazamiento se distinguen las ayudas sustitutivas de la marcha (silla manual y eléctrica, triciclos adaptados, etc.) y las facilitadoras de la marcha (muletas, andadores, bastones, etc.). Además, para mejorar el control postural, se pueden utilizar diferentes ortesis o férulas posturales, que mantienen las extremidades en posición adecuada, y prótesis, que sustituyen una función.

Para la comunicación, entre las ayudas diseñadas se distinguen unas de baja tecnología, como los tableros de comunicación, sobre los que se sitúan los símbolos pictográficos (ARASAAC, SPC, Bliss) y otras de alta tecnología, como los comunicadores electrónicos y los sistemas de acceso al ordenador. Acitores y Wechsler (2010), apuntan que al igual que la tecnología ha facilitado la comunicación en las personas con discapacidad motora, también ha permitido que este colectivo pueda acceder a la práctica instrumental y artística. Gracias a este desarrollo tecnológico, el movimiento de una persona puede convertirse, a través de un ordenador, en música, sonido o palabras.

Del Barco (2009), enfatiza en la importancia de situar estratégicamente al alumno, controlar la postura que adopta, proporcionarle los recursos necesarios para realizar las tareas, así como para poder comunicarse, recursos materiales para favorecer la manipulación o la prensión y recursos humanos que atiendan los problemas que no puedan ser solucionados a través de los recursos materiales ni de los recursos organizativos. El uso de todas estas medidas requiere contar con profesionales especializados, que tengan una actitud de aceptación y que sean capaces de compensar en el niño su carencia de experiencias: lo que no ha podido ver, tocar, manipular, sentir, interactuar (Jáuregui, 2012).

Como señalan Parra y Luque- Rojas (2013), la accesibilidad se evidencia en acciones y actitudes, en la ruptura de barreras tanto psicológicas como físicas, y en definitiva, en acciones que busquen compensar la discapacidad y desarrollar la capacidad de la persona.

Además, estas adaptaciones deben garantizar los criterios de inclusión y normalización del niño en su entorno escolar. Debemos priorizar aquellas adaptaciones que consigan que el niño no llame la atención entre sus iguales, como por ejemplo, que pueda estar sentado a la misma altura que los compañeros o incluso compartiendo mesa (Fábregas, 2012).

3- INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LAS NECESIDADES ESPECIALES

En este apartado abordaré las principales necesidades educativas que pueden demandar los alumnos con discapacidad motora, así como algunas pautas de intervención para dar respuesta a las mismas.

En primer lugar, es importante destacar, que a pesar de que casi todos los alumnos con discapacidad motora tienen problemas de aprendizaje derivados, fundamentalmente, de su limitado contacto y control sobre el mundo que les rodea, su capacidad intelectual no tiene por qué verse afectada. A menudo, se da por supuesto, que las personas que no son capaces de controlar bien sus movimientos o no pueden hablar, tienen una discapacidad intelectual y esto no ocurre siempre así. De hecho, hay personas con discapacidad motora que tienen un CI superior a la media (Barbero, 2007).

Además, como afirma Peralta (2011), basándose en Hallanhan y Kauffman (1991), los problemas educativos que presentan los alumnos con trastorno motor pueden ser tan multifacéticos como lo son sus discapacidades. No obstante, estos alumnos, suelen presentar dificultades fundamentalmente en 2 áreas: movilidad y comunicación. Así, presentan dificultades en la motricidad gruesa y fina, limitaciones en el conocimiento del entorno y en las posibilidades de actuación sobre el mismo y problemas para la comunicación oral. Estas dificultades a su vez, condicionan otras áreas como la autonomía personal o motivación y desarrollo social o aprendizajes escolares. Por ello, se suele incluir el área personal y social a estas dos áreas, afirmando que los alumnos con discapacidad motora suelen tener especial dificultad en:

- ✚ Área personal y social
- ✚ Área del lenguaje y la comunicación.
- ✚ Área de la movilidad y psicomotricidad.

Parra y Luque-Rojas (2013), recogen un listado en el que enumeran las principales necesidades que puede demandar el niño con discapacidad motora:

- Intervención en la adquisición y desarrollo del lenguaje.
- Valoración de su comunicación por si fuera necesario un sistema alternativo de comunicación.
- Fisioterapia.
- Atención a los aspectos posturo-corporales, prótesis y recursos materiales de apoyo.

- Refuerzo compensatorio de capacidades y habilidades.
- Atención a las alteraciones perceptivo-atencionales.
- Trato afectivo normal, como el resto de sus compañeros.
- Intervención en su autoestima, autoconcepto y superación de dificultades.
- Favorecer la mejor conexión e integración con su ambiente y contexto social y escolar.

En cuanto a la intervención, por un lado, Peralta (2011), nos ofrece unas pautas generales para lograr una intervención educativa realista.

- Describir las capacidades funcionales y las dificultades del niño con discapacidad motora, es decir, identificar y evaluar sus puntos fuertes y débiles.
- Valorar, sus necesidades educativas especiales a nivel motor, sensorial, cognitivo y emocional. Esta valoración ha de ser muy realista, viendo al niño como es y no como quisiéramos que fuese. Es recomendable realizarla de forma interdisciplinar, para valorar el punto de vista de todos los profesionales que trabajan con el niño.
- Tener en cuenta el estado actual del alumno y evitar pronósticos de desarrollo que se pueden convertir en “profecías autocumplidas”.
- Disponer de las medidas curriculares adecuadas para facilitar el acceso y el desarrollo de experiencias de aprendizaje, como por ejemplo recursos materiales (ayudas técnicas o sistemas alternativos de comunicación) y recursos humanos (logopedas, profesores de pedagogía terapéutica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, cuidadores, etc.).
- Implicar a la familia. Es muy importante la colaboración y cooperación entre los distintos profesionales que trabajan con el niño y, entre estos y las familias, para lograr una intervención eficaz.

Dentro de los recursos humanos, Jáuregui (2012), apunta que para trabajar con personas con diversidad funcional, es necesario que el profesional cuente con empatía, técnica y ética. Además, debe contar con capacidad de reflexión, flexibilidad, capacidad de adaptación al contexto y creatividad.

Por otro lado, el CREENA, recoge pautas de intervención más concretas, orientadas a las tres áreas fundamentales que suelen estar afectadas en los alumnos con discapacidad motora y que hemos recogido en epígrafes anteriores: personal y social, movilidad/psicomotriz y comunicación y lenguaje.

Así, dentro del área social y de autonomía personal, algunas guías de intervención podrían ser: evitar la sobreprotección, premiar el esfuerzo y el logro, utilizar el refuerzo social, plantear tareas de dificultad moderada ajustadas a sus posibilidades de actuación, ofrecer la oportunidad de participar en diferentes actividades y tener la posibilidad de optar la actividad en la que se quiere participar. El incremento de la autonomía personal y una participación lo más amplia posible en las diferentes actividades escolares y sociales de su entorno, deben ser objetivos presentes en toda intervención educativa.

Dentro del área de psicomotricidad y fisioterapia, se trabajan aspectos como el control postural, el reconocimiento de la propia imagen corporal o la estructuración espacio-temporal.

En cuanto al área de comunicación y lenguaje, la limitación más común en este ámbito, aunque no la única, es la dificultad para usar el habla. En muchos casos, la concurrencia de limitaciones a distintos niveles (respiración, audición, etc.) complica la intervención. No obstante, el programa de tratamiento debe ser ajustado a cada caso particular y, en este sentido, algunas variables que determinan el programa de intervención se relacionan con el grado de afectación, los niveles afectados (comprensión o expresión), la interferencia de los problemas motores en la inteligibilidad del habla o en el acceso a la lectura y escritura, o la existencia de trastornos específicos del lenguaje además de problemas motores.

Para finalizar el capítulo, haré alusión a las diferentes modalidades de escolarización: centro ordinario, centro preferente, centro específico o por modalidades combinadas.

Peralta (2011), apunta que la modalidad de escolarización va a depender de la importancia de la limitación (si conlleva además de limitación física, limitación intelectual y sensorial asociadas). Además, esta misma autora afirma que habrá que valorar en cada niño las posibilidades de aprendizaje, su capacidad de movimiento, su nivel intelectual y su estado afectivo, para establecer las ayudas y apoyos que precise.

Por otro lado, señala que un elemento clave a tener en cuenta es el establecimiento o no de la intencionalidad comunicativa, o de la adquisición de la lectoescritura (al final de primaria) y en mucha menor medida sus características motoras.

Cabe destacar que si determinados hitos del desarrollo motor no se han logrado para estas edades, se trabajarán o compensarán por otras vías para que puedan alcanzar los mismos objetivos o lo más similares a sus iguales. Lo importante es la funcionalidad adaptativa y tener claros los criterios para determinar cuándo la estimulación deja de ser efectiva. No obstante, es importante destacar que las ayudas técnicas (como los sistemas alternativos de la comunicación) deben ser utilizadas como apoyo y no como alternativa. Si hay restos de habla, se empleará básicamente esta vía.

Por su parte, Del Barco (2009), señala que la modalidad de escolarización más adecuada para este tipo de alumnos sería en un centro ordinario, siempre que se disponga del material y las aportaciones necesarias, tanto espaciales como materiales y humanas.

Para concluir este apartado, presentaré una tabla en la recojo las principales necesidades especiales que pueden demandar estos alumnos, así como algunos ejemplos de pautas de intervención educativa para dar respuesta a las mismas.

NECESIDADES ESPECIALES	EJEMPLOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
Traslado al centro	Silla de ruedas o vehículos adaptados
Supresión de barreras arquitectónicas	Ascensor y rampas
Adaptación de mobiliario y material didáctico	Mesa con hendiduras o lápices con asideros.
Ayudas técnicas	Sistemas alternativos de comunicación
Profesionales especializados	Fisioterapeuta o logopeda
Adaptaciones curriculares	ACI
Desarrollo de relaciones interpersonales	Potenciar su autoestima y habilidades sociales

Tabla 2. Necesidades educativas especiales de los alumnos con discapacidad motora. Elaboración propia.

CONCLUSIONES

En este último apartado presento las principales conclusiones extraídas de la lectura de los artículos y libros manejados para este trabajo. Del análisis de su contenido y planteamiento del mismo a lo largo de los tres capítulos que lo conforman, se pueden destacar los siguientes puntos:

- En los últimos años se ha pasado de una concepción de la discapacidad basada únicamente en términos de deficiencia (modelo del déficit), a un modelo socio-educativo, el cual se centra en las necesidades educativas que tiene el alumno en un medio social y escolar concreto. No obstante, este último modelo no trata de olvidar la discapacidad, sino que remarca que lo importante no es encuadrar al alumno en una clasificación, sino hacer un estudio real de sus necesidades para, una vez identificadas, buscar las soluciones más apropiadas y conseguir así potenciar al máximo sus capacidades.
- La discapacidad motora se define como la restricción o falta de capacidad como consecuencia de una deficiencia física. Es fruto de una alteración transitoria o permanente (por lesión o enfermedad) en el sistema nervioso central o en el aparato locomotor (huesos, articulaciones o músculos), que sitúa a la persona que la padece en una situación de desventaja porque limita o incapacita la realización de muchas de las actividades que llevan a cabo sus iguales de manera normalizada. No obstante, cuando en la definición se afirma que la discapacidad motora es un trastorno permanente, no significa que éste sea definitivo. De hecho, muchas de las dificultades que tienen estas personas pueden ser mejoradas e incluso superadas si contamos con medios adecuados tanto materiales como personales que permitan favorecer al máximo el desarrollo de las potencialidades del alumno.
- Las alumnos con discapacidad motora suelen presentar necesidades fundamentalmente en tres áreas: personal, socio-familiar y educativa.

- **Área personal:**

El autoconcepto juega un papel clave en las personas puesto que determina las expectativas condicionando la conducta. La niñez y la adolescencia son las etapas de la vida en las que resulta más difícil sobrellevar una discapacidad, pues el niño y el joven desean ser aceptados como personas, no como discapacitados. La autoestima es importante a medida que los niños van dejando de esperar la aprobación de los padres exclusivamente y pasan a esperar la aprobación del resto de los adultos y principalmente de sus iguales. No obstante, no se ha encontrado evidencia en el hecho de que las personas con discapacidad motora tengan un autoconcepto más negativo que las personas que no padecen ningún tipo de discapacidad.

- **Área socio-familiar:**

A pesar de que el apoyo social recibido es esencial para afrontar con éxito las dificultades que acontecen en nuestra vida, las personas con discapacidad motora pueden recibir un apoyo insuficiente debido a que suelen tener limitaciones y restricciones para relacionarse con personas fuera del entorno familiar e institucional. Además, este colectivo en ocasiones, carece de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales satisfactorias debido, entre otras causas, a la sobreprotección de los padres y a la falta de interés o motivación por parte de la persona con discapacidad ante el temor a fracaso o al rechazo social. No obstante, se ha comprobado que las personas con discapacidad motora y sus familias tienen al alcance más apoyo social que aquellas que padecen otro tipo de discapacidad.

En relación con las familias, es muy importante la actitud que adopte la familia ante la llegada de un hijo con discapacidad, ya que de aquella va a depender cómo afronte la persona su propia discapacidad

Es más fácil aceptar y superar una discapacidad congénita que una discapacidad adquirida ya que ante una discapacidad congénita, tanto las personas con discapacidad como sus familias, van desarrollando progresiva y paulatinamente unas estrategias de afrontamiento que les permiten superar las barreras con las que han de enfrentarse día a día, normalizando la difícil situación e incluso convirtiendo ésta en una experiencia enriquecedora. Sin embargo, la discapacidad sobrevenida conlleva mayores desafíos pues tanto la persona como su familia, deben cambiar el estilo de vida anteriormente

llevado y afrontar un proceso de aprendizaje de otra forma de vida con nuevas pautas de adaptación

Antes de abordar el área educativa, es importante señalar la importancia de trabajar las habilidades sociales en las personas con discapacidad motora ya que, las relaciones sociales suponen un indicador relevante en la determinación del autoconcepto. A su vez, el autoconcepto es un buen predictor de la calidad de vida de las personas.

- **Área educativa:**

Para lograr la inclusión del alumno con discapacidad motora en la escuela, se precisa de un buen ajuste entre las necesidades del alumno y la adecuación del contexto escolar. La discapacidad motora no debe implicar ningún tipo de barrera que impida al alumno adquirir conocimientos, habilidades o actitudes ya que el centro debe estar preparado para promover el pleno desarrollo cognitivo y emocional de todos los alumnos.

Dentro del ámbito educativo, los alumnos con discapacidad motora suelen presentar mayores dificultades en tres áreas: área personal y social, área del lenguaje y la comunicación y área de la movilidad.

Se puede hablar de dos tipos de adaptaciones, adaptaciones de acceso y adaptaciones curriculares. La mayoría de los alumnos con discapacidad motora pueden seguir el currículo ordinario, lo que requieren son medidas que faciliten el acceso al mismo: eliminación de barreras arquitectónicas (rampas), acondicionamiento del edificio (pasillos anchos para permitir el paso de una silla de ruedas) y del aula (planta baja), mobiliario adaptado (mesa con hendiduras) etc.

De mi experiencia y tras haber realizado el presente trabajo, creo que en la actualidad queda mucho por hacer para lograr una inclusión verdadera del alumno con discapacidad motora en la escuela ordinaria. El primer paso que se debe perseguir para conseguir este objetivo es lograr un cambio de actitud por parte de la sociedad. Si mirásemos a las personas con discapacidad como personas y no como “discapacitados” tendríamos la oportunidad de conocer sus capacidades y sus potencialidades y no únicamente sus limitaciones. Como he destacado anteriormente, es muy importante seguir insistiendo en la necesidad de lograr una verdadera inclusión de los alumnos con

discapacidad motora en los centros educativos, pues el colegio es, después de la familia, el segundo contexto más cercano al niño, donde pasa la mayor parte de su tiempo.

Para terminar quiero decir que si bien entre mis objetivos para este trabajo de fin de grado estaba el haber ido a Toledo para entrevistar a algún paciente ingresado en el hospital de parapléjicos y alumno del aula hospitalaria de dicho centro, por diversas circunstancias esto no ha sido posible antes de la defensa del trabajo.

Sin embargo, a lo largo de este segundo trimestre he ido elaborando un modelo de entrevista semi-estructurada para dicho objetivo, que sirva para detectar las necesidades que presentan los alumnos con discapacidad motora. No obstante, espero poder tener la oportunidad de realizarla en los próximos meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Acitores, A. P. y Wechsler, R. (2010). Danza interactiva con niños con parálisis cerebral. En *XXVII Congreso de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología*, Vol. 7, No. 8.
- Acosta, A. y Arráez, T. (2014). Actitud del docente de educación inicial y primaria ante la inclusión escolar de las personas con discapacidad motora. *Revista de Investigación*, 38 (83), 135-154.
- Ainscow, M. y Miles, S. (2008). Making Education for All inclusive: Where next? *Prospects: Quarterly Review of Comparative Education*, 38(1), 15-34.
- Antle, B. J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health & Social Work*, 29(3), 167-175.
- Babío, M. (1991), *Recursos materiales para alumnos con necesidades educativas especiales: orientaciones, enero 1991*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 1991.
- Barbero, J. C. G. M. (2007). Arteterapia, parálisis cerebral y resiliencia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 169-179.
- Camacho-Conchucos, H. T, Fajardo-Campos, P. y Zavaleta de Flores, E. (2012). Análisis descriptivo sobre deficiencias y discapacidades del desarrollo psicomotor en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2006-2008. *Anales de la facultad de medicina*, 73 (2), 119-126.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N. y Durkin, K. (2008). Parental perspectives during the transition to adulthood of adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 84-96.
- Del Barco, M.D. (2009). Intervención educativa en la discapacidad motórica y sensorial. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 16.
- Dendra, M. R., Durán, B. R. y Verdugo, M. A. (1991). Estudio de las variables que afectan a las actitudes de los maestros hacia la integración escolar de niños con

- necesidades especiales. *Anuario español e iberoamericano de investigación en educación especial*, 2, 47-48.
- Dykens, E. M. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 185-193.
- Fábregas, C. (2012). *Adaptación de acceso al currículo de los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad motórica en el C.E.I.P Hermanos Marx de Zaragoza*. Repositorio de la Universidad de Zaragoza.
- Glidden, L. M. y Jobe, B. M. (2007). Measuring parental daily rewards and worries in the transition to adulthood. *American Journal of Mental Retardation*, 112 (4), 275-288.
- Grau, C. (2005). *Educación especial: orientaciones prácticas*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Hurtado, M.J. (2008). Propuestas educativas ante el alumno con discapacidad motora. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 14.
- Jáuregui, M. V. G. (2012). Evaluar al alumnado con limitaciones en la movilidad. ¿Qué hemos de evaluar y cómo? *Revista AOSMA*, (16), 1-5.
- Liello, F. J. (2009). *El concepto de Resiliencia aplicado en niños con algún tipo de discapacidad* (Tesis en línea rescatada el 12 de febrero de 2011 de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final7.pdf>).
- Lizasoáin, O. y Onieva, C. E. (2010). Un Estudio sobre la Fratría ante la Discapacidad Intelectual. *Intervención Psicosocial*, 19(1), 89-99.
- Lizasoáin, O. y Peralta, F. (2004). *Aproximación a la educación especial desde el marco teórico y organizativo*. Pamplona: Ulzama digital.
- Lizasoáin, O., González, M. C., Iriarte, C., Peralta, F., Sobrino, A. y Onieva, C. E. (2011). *Hermanos de personas con discapacidad intelectual: Guía para el análisis de necesidades y propuestas de apoyo*. Logroño: Siníndice.
- López, M.D., Fernández, C. y Polo, M^a.T. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa*, 11 (2), 99-111.

- Luque, D. J. y Rodríguez, G. (2008). Alumnado Universitario con Discapacidad: Elementos para la reflexión psicopedagógica. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 19, 270-281.
- Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 55-68.
- Morales, F.M., Cerezo, M.T., Fernández, F.J., Infante, L. y Trianes, M.V. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 141-150.
- Mpofu, E. (2003). Enhancing social acceptance of early adolescents with physical disabilities: effects of role salience, peer interaction, and academic support interventions. *International Journal of Disability, Development and Education*. 50(4), 435-454.
- Muñoz, J. C. (2009). Adaptaciones en el área de Educación Física en las actividades para alumnos con paraplejia que pueden usar andador. *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, (1), 15-30.
- Naylor, A. y Prescott, P. (2004). Invisible children? The need for support groups for siblings of disabled children. *British Journal of Special Education*, 31(4), 199-206.
- Novo-Corti, I., Muñoz-Cantero, J. y Calvo-Porrall, C. (2011). Análisis de las actitudes de los jóvenes universitarios hacia la discapacidad: un enfoque desde la teoría de la acción razonada. *Revista electrónica de investigación educativa*, 17, 1-26.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch Argent Pediatr*, 101(2), 133-42.
- Olmedo, C. (2008). Los alumnos con deficiencia motora. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 9.
- Parra, D. J. L. y Luque-Rojas, M. J. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa Psicológica UST*, 10(2), 57-72.
- Peralta, F. (2011). *Niños diferentes: los trastornos del desarrollo y su intervención psicopedagógica*. Pamplona: Ediciones Eunate.

- Pérez, J.I. y Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autotestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28 (3), 343-357.
- Phetrasuwan, S. y Shandor Miles, M. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(3), 157-165.
- Pía, M. (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 22 (3), 1063-1083.
- Polo, M.T., López, M. D. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44 (2), 87-98.
- Rosa, A., Martín-Caro, L. y Montero, I. (2003). Deficiencia y discapacidad motora. Caracterización. En J.N. García Sánchez (Coord.). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*, 459-473. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, M. T. P. y Justicia, M. D. L. (2007). Situación sociopersonal en el ámbito familiar de los estudiantes universitarios con discapacidad física y/o sensorial. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 79-86.
- Saura, P. (1995). *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas*. Murcia: Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.
- Suriá, R. (2012). Discapacidad e integración educativa: ¿qué opina el profesorado sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad en sus clases? *REOP- Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23 (3), 96-109.
- Suriá, R. (2013). Análisis comparativo de la fortaleza en padres de hijos con discapacidad en función de la tipología y la etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología*, 43 (1), 23-37.
- Suriá, R. (2013). Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de psicología*, 43(3), 297-311.
- Suriá, R. (2014). Actitudes integradoras en el contexto educativo de los estudiantes con discapacidad según la percepción de sus progenitores. *Sociedad Española de Pedagogía*, 66 (44), 157-172.

Turnbull, A. P., Brown, I. y Turnbull, H. R. (2004). *Families and people with mental retardation and quality of life: International perspectives*. Washington: American association of mental retardation (Aamr).

Wehmeyer, M.L. y Field, S. (2007). *Self-determination: Instructional and assessment strategies*. Thousand, CA: Corwin Press

Winkelman, M. y Shapiro, J. (1994). Psychosocial adaptation of orthopedically disabled Mexican children and their siblings. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 6(1), 55-71.

Wolman, C. y Basco, D. E. (1994). Factors influencing self-esteem and self-consciousness in adolescents with spina bifida. *Journal of adolescent health*, 15(7), 543-548.

Páginas web:

CREENA http://creena.educacion.navarra.es/equipos/motoricos/disc_mot.php