



UNIVERSIDAD
DE
CÓRDOBA

Tesis Doctoral: Rosa Ana Castillo Torvisco

**ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LOS
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN CHICOS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA Y SENSORIAL**

**PARENTAL STYLES AND THEIR RELATIONSHIP WITH
BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH PHYSICAL AND
SENSORY DISABILITIES**

Directores: Dra. María José Pino Osuna.

Dr. Javier Herruzo Cabrera.

Ciencias Sociales y Jurídicas.

Córdoba, 2019

TITULO: *ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LOS
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN CHICOS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA Y SENSORIAL*

AUTOR: *Rosa Ana Castillo Torvisco*

© Edita: UCOPress. 2019
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



**ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS
DE CONDUCTA EN CHICOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y SENSORIAL**

**PARENTAL STYLES AND THEIR RELATIONSHIP WITH BEHAVIOURAL
PROBLEMS IN CHILDREN WITH PHYSICAL AND SENSORY DISABILITIES**

presentada por:

Rosa Ana Castillo Torvisco

en la

Universidad de Córdoba

dirigida por:

Dra. María José Pino Osuna

Dr. Javier Herruzo Cabrera

Ciencias Sociales y Jurídicas.

Departamento de Psicología.

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Córdoba, 2019

A mi hijo, por sus sonrisas de madrugada



TÍTULO DE LA TESIS: ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN
CON LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN CHICOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA
Y SENSORIAL/PARENTAL STYLES AND THEIR RELATIONSHIP WITH
BEHAVIOURAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH PHYSICAL AND SENSORY
DISABILITIES

DOCTORANDO/A: ROSA ANA CASTILLO TORVISCO

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

Dña. Ma José Pino Osuna y D. Javier Herruzo Cabrera, catedráticos de universidad en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad de Córdoba, como directores de la presente tesis realizada por Dña. Rosa Ana Castillo Torvisco, certifican que la misma es fruto de un largo proyecto y labor realizadas en el seno del Grupo de investigación HUM-775: Comportamientos de riesgo, salud y seguridad laboral del Plan Andaluz de Investigación, así como del proyecto I+D del Ministerio de Ciencia y Tecnología *Estudio comparativo de las prácticas de crianza de los padres de niñas y niños con y sin discapacidad y de su influencia en el desarrollo de problemas de comportamiento y en el fracaso escolar* (EDU2009-12619). El trabajo cumple con los requisitos formales de originalidad y calidad y mantiene el rigor científico y académico exigibles como para que sea

presentado para su defensa pública y evaluado en Comisión Académica en orden a la posible adquisición del grado de Doctor.

En esta Tesis, en primer lugar, se hace una introducción teórica y profunda revisión bibliográfica de los temas que se abordan en la investigación: los estilos educativos parentales, la discapacidad y los problemas de conducta. Posteriormente, en la parte empírica, se exponen los resultados surgidos del planteamiento de los objetivos, expresados de forma ordenada y siguiendo el orden en que éstos fueron planteados. Los resultados tienen una clara aplicación práctica, ya que se presentan consejos específicos sobre cómo educar para contribuir a la prevención de los problemas de conducta, emanados de investigación empírica, no sólo de planteamientos teóricos. Los resultados también nos proporcionan información sobre los problemas de conducta y adaptativos que presentan niños y niñas con y sin discapacidad, indicando las vías en las que se puede trabajar para mejorarlos a través de las acciones educativas en el seno de las familias.

Es preciso destacar que parte de los resultados de esta Tesis se han publicado ya en la Revista Brasileira de Psiquiatria, una revista del segundo cuartil (Q2) del JCR (Journal of Citation Report –SSCI, Clarivate Analytics), estando en preparación dos manuscritos más. También se han presentado comunicaciones en un congreso nacional e internacional respectivamente, que se indican a continuación.

Pino, M.J., Castillo, R., Raya, A. y Herruzo, J. (2018). The Relationship between Parenting Practices and Externalizing Behavior Problems among Children with Auditory Disabilities. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40, 138-144. DOI:10.1590/1516-4446-2016-218.

Castillo, R., Raya, A., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2015). *Diferencias en el desarrollo de problemas de conducta externalizantes entre niños con y sin discapacidad auditiva y su relación con las prácticas de crianza parentales*. En “I International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents”. Madrid, Universidad Miguel Hernández.

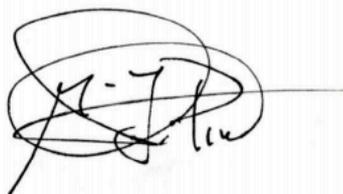
Castillo, R., Raya, A.F., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2015). *Diferencias en las habilidades adaptativas y problemas escolares mostrados por un grupo de chicos con discapacidad auditiva y otro sin discapacidad*. En I Congreso Internacional “Educación y Cooperación al Desarrollo”. Córdoba, Universidad de Córdoba.

Raya, A., Pino, M.J., Castillo, R. y Herruzo, J. (2015) *¿Presentan el mismo nivel de adaptación en la escuela los chicos con discapacidad física o sensorial y los chicos sin discapacidad?* En “I International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents”. Madrid, Universidad Miguel Hernández.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 3 de marzo de 2019

Firma del/de los director/es



Fdo.: María José Pino Osuna



Fdo.: Javier Herruzo Cabrera

Agradecimientos

A mi hijo, porque a pesar de sus noches de insomnio y cansancio, no ha dejado ni por un momento siquiera de ser mi fortaleza y luz en medio de las sombras.

A mis padres, por su incansable lucha. Porque yo he sido lo mismo para ellos que ahora es mi hijo para mí. Gracias por no cortar nunca las alas a mis inquietudes. Este proyecto es vuestro también. Gracias mamá, ahora más que nunca entiendo tu dedicación.

A Javier y M^a José, por la confianza que depositáis en mí. Por mostrarme el verdadero valor del trabajo y la humildad. Gracias Javier por haberme dado la oportunidad de trabajar con vosotros, y gracias también a M^a José, por enseñarme tanto con tanto cariño.

A mi hermano, porque sin ti nada de lo que hago tendría sentido. Gracias por el apoyo incondicional que me brindas cada día.

A Pedro, porque la suerte te puso en mi camino y cambiaste el rumbo de mi realidad. Gracias por permanecer a nuestro lado. Por tu devoción. Porque tú me has enseñado a mirar la vida con calma.

Gracias Antonio, por tu generosidad. Porque sin tu ayuda, esto no habría sido posible.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos que han estado a mi lado y han contribuido de una forma u otra, en hacer de un sueño mi realidad, en especial a Nazaret y Juan.

Índice

Introducción	30
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Capítulo I: Estilo educativo parental y conducta	38
¿Qué es el estilo educativo?.....	38
Trascendencia de la crianza.....	44
Capítulo II: Diversidad funcional	50
Descubriendo la discapacidad.....	50
Pérdida de visión.....	59
Pérdida auditiva.....	68
Pérdida de la función motora.....	75
Heterogeneidad del desarrollo humano.....	82
Un inopinado modelo de familia.....	96
SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	
Capítulo III: Desarrollo de la investigación	108
Justificación del estudio.....	108
Objetivos e hipótesis.....	111
Método.....	114
Participantes.....	114
Instrumentos.....	115
Diseño.....	118
Procedimiento.....	121
Resultados.....	122
TERCERA PARTE: CONCLUSIONES	
Capítulo IV: Conclusiones y discusión	176
Conclusiones.....	214
Referencias bibliográficas	224

Lista de Figuras

Figura 1. Tipología de estilos educativos de Maccoby y Martin (1983).

Figura 2. Modelo integrador de Darling y Steinberg (1993).

Figura 3. Personas con G.D. reconocido igual o superior al 33%. Distribución según tipos de primera deficiencia. (Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, 2016).

Figura 4. Personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% menores de 65 años. (Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, 2016).

Figura 5. Componentes de todo el sistema visual y la función de cada uno en relación al proceso de la interpretación visual (Barraga, 1997).

Figura 6. Lista de palabras utilizadas para describir la discapacidad visual (Barraga, 1976).

Figura 7. Categorías de la pérdida de visión (OMS) (citado en Suárez, 2011).

Figura 8. Clasificación alteraciones visuales y ceguera (CIE 10, 2ª edición, 2018).

Figura 9. Características educacionales de las personas con pérdida visual (Barraga, 1992).

Figura 10. Grados de la pérdida de audición (OMS, 2016).

Figura 11. Tipos de pérdida auditiva atendiendo al momento y localización de la lesión (Valmaseda, 1995).

Figura 12. Alteración de la audición y trastornos del oído (CIE 10, 2ª edición, 2018).

Figura 13. Desglose del proceso que sigue el hombre y animales superiores (Toledo, 1999).

Figura 14. Clasificación de los trastornos motores (Guerra y Portana, p.28-29, 2012).

Figura 15. Fases de reajuste emocional que atraviesan las familias con hijos con discapacidad (Perpiñan, 2009). Elaboración propia.

Figura 16. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 17. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 18. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 19. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 20. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala problemas Escolares. *Diferencias significativas.

Figura 21. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Adaptabilidad. *Diferencias significativas.

Figura 22. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad auditiva en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 23. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad auditiva en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 24. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 25. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 26. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala problemas Escolares. *Diferencias significativas.

Figura 27. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Adaptabilidad. *Diferencias significativas.

Figura 28. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad física en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 29. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad física en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas.

Figura 30. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 31. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas.

Figura 32. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala problemas Escolares. *Diferencias significativas.

Figura 33. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Adaptabilidad. *Diferencias significativas.

Figura 34. Resumen de las diferencias significativas encontradas en el estilo educativo de padres de chicos con y sin discapacidad.

Figura 35. Resumen de las diferencias en el desarrollo de problemas de conducta en chicos con y sin discapacidad.

Figura 36. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas de conducta externalizantes.

Figura 37. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas de conducta externalizantes.

Figura 38. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas de conducta internalizantes.

Figura 39. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas de conducta internalizantes.

Figura 40. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas escolares.

Figura 41. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas escolares.

Figura 42. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con la adaptabilidad.

Figura 43. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de la adaptabilidad.

Lista de Tablas

Tabla 1. ANOVA de las madres del grupo discapacidad en la escala estilo educativo.

Tabla 2. ANOVA de los padres del grupo discapacidad en la escala estilo educativo.

Tabla 3. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Externalización de problemas.

Tabla 4. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Internalización de problemas.

Tabla 5. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala problemas Escolares.

Tabla 6. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Adaptabilidad.

Tabla 7. ANOVA de las madres del grupo discapacidad auditiva en la escala estilo educativo.

Tabla 8. ANOVA de los padres del grupo discapacidad auditiva en la escala estilo educativo.

Tabla 9. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Externalización de problemas.

Tabla 10. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Internalización de problemas.

Tabla 11. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala problemas Escolares.

Tabla 12. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Adaptabilidad.

Tabla 13. ANOVA de las madres del grupo discapacidad física en la escala estilo educativo.

Tabla 14. ANOVA de los padres del grupo discapacidad física en la escala estilo educativo.

Tabla 15. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Externalización de problemas.

Tabla 16. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Internalización de problemas.

Tabla 17. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala problemas Escolares.

Tabla 18. ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Adaptabilidad.

Tabla 19. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad.

Tabla 20. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad.

Tabla 21. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 22. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 23. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad física.

Tabla 24. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad física.

Tabla 25. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad.

Tabla 26. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad.

Tabla 27. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 28. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 29. Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad física.

Tabla 30. Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad física.

Tabla 31. Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad.

Tabla 32. Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad.

Tabla 33. Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 34. Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 35. Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad física.

Tabla 36. Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad física.

Tabla 37. Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad.

Tabla 38. Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad.

Tabla 39. Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 40. Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad auditiva.

Tabla 41. Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad física.

Tabla 42. Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad física.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo identificar las posibles diferencias en el estilo educativo manifestado por padres y madres de niños con y sin discapacidad, y comprobar la relación de este con el desarrollo de problemas de conducta en chicos con discapacidad física y sensorial. La investigación ha sido llevada a cabo con una muestra total de 264 chicos, de los cuales 133 presentaban discapacidad (59 con discapacidad auditiva, 39 con discapacidad física y 34 con discapacidad visual) y 131 sin discapacidad. Para dar respuesta a los objetivos del estudio, usamos las adaptaciones españolas “*Behavior Assessment System for Children*” (BASC) para las variables relativas a los problemas de conducta, (Reynolds y Kamphaus, 2004) y el “*Parent-Child Relationship Inventory*” (Gerard, 1994) y “*Parental Bonding Instrument*” (PBI) (Parker, Tupling y Brown, 1979) para medir la interacción de los niños con sus padres. En cuanto al estilo educativo se encontraron diferencias significativas entre madres y padres de chicos con y sin discapacidad en las variables de autonomía, compromiso, disciplina, distribución de rol, satisfacción con la crianza, sobreprotección y apoyo, en el caso de las madres; y diferencias en la disciplina, la distribución de rol, la sobreprotección y el apoyo, en el caso de los padres. En cuanto a las madres de chicos con discapacidad auditiva, encontramos diferencias significativas en la crianza manifestada con respecto a la distribución de rol, la satisfacción con la crianza y la sobreprotección. También, las madres de chicos con discapacidad física, mostraron diferencias significativas en la disciplina y la distribución de rol. Sin encontrar diferencias en la crianza manifestada por los padres de chicos con y sin discapacidad auditiva o física. De manera que podemos afirmar la existencia de desemejanzas en la crianza manifestada por padres y madres de chicos con y sin discapacidad. Por otro lado, en cuanto a las posibles discrepancias en el desarrollo de problemas de conducta en chicos

con y sin discapacidad, los resultados obtenidos de nuestra investigación muestran que los chicos con discapacidad son más propensos a desarrollar trastornos como la hiperactividad, la depresión y quejas somáticas y mayores problemas de atención y dificultades de aprendizaje, así como un desarrollo más pobre en las habilidades adaptativas, sociales y de estudio, y son menos propensos a ser líderes del grupo de iguales. En el caso de la discapacidad auditiva, pudimos comprobar que estos presentan mayores problemas de externalización de la conducta, como la hiperactividad, mayores síntomas de depresión e internalización de problemas y una tasa más alta de problemas escolares y adaptativos como problemas de atención y de aprendizaje, además de peores resultados en términos sociales y habilidades para el estudio y de liderazgo. También, el grupo de chicos con discapacidad física manifestó una prevalencia más alta en problemas de conducta internalizante, como la depresión y la somatización, y mayores problemas escolares como dificultades de aprendizaje y de atención. Este grupo exteriorizó además, diferencias significativas en el desarrollo de las habilidades adaptativas, sociales y de estudio, así como relativas al liderazgo, mostrando peores resultados para el colectivo con discapacidad. No se han encontrado diferencias significativas en el grupo de chicos con discapacidad física en términos de externalización de problemas. Con todo, concluimos que los chicos con discapacidad física o sensorial se encuentran en una condición de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de conducta. Por último, se crearon una serie de modelos predictores basadas en ciertas actitudes de la crianza, con el objetivo de relacionar el estilo educativo con tales problemas. En cuanto a la conducta externalizante, pudimos predecir el 24% de la varianza con respecto al grupo de chicos con discapacidad, el 50% en el caso de la discapacidad auditiva y el 78,5% para la discapacidad física. De la misma manera, para el desarrollo de problemas de conducta internalizantes, los modelos creados fueron capaz de predecir el 23,3% de la varianza para el grupo de

discapacidad, el 49,1% para la discapacidad auditiva, así como el 72,8% de predicción en el caso de chicos con discapacidad física. Con respecto a los problemas escolares, las prácticas parentales han ejercido su influencia, pudiendo pronosticar el 25,9% de la varianza para los chicos con discapacidad, el 50,8% en el caso de la discapacidad auditiva y el 83,4% para la discapacidad física. Por último, en cuanto a la adaptabilidad, se pudo predecir el desarrollo de estos problemas en un 17,6% para los chicos con discapacidad, el 50,8% en cuanto a la discapacidad auditiva y el 87,8% en el caso de la discapacidad física. Confirmamos así, el papel fundamental que ejerce el estilo de crianza en el desarrollo de problemas de conducta en los chicos con discapacidad física o sensorial.

Palabras clave: discapacidad, discapacidad física, discapacidad auditiva, discapacidad visual, estilo educativo, crianza, prácticas parentales, problemas de conducta, externalización de problemas, internalización de problemas, problemas escolares, adaptabilidad.

Abstract

The aim of this work is to identify possible differences in the parental style expressed by parents of children with and without disabilities, and to check the relationship between this style and the development of behavioural problems in children with physical and sensory disabilities. The research was conducted with a total sample of 264 children, 133 with disability (59 with hearing disability, 39 with physical disability and 34 with visual disability) and 131 without disability. To respond to the objectives of the study, we used the Spanish adaptations "*Behavior Assessment System for Children*" (BASC) for variables related to behavioural problems, (Reynolds and Kamphaus, 2004) and the "*Parent-Child Relationship Inventory*" (Gerard, 1994) and "*Parental Bonding Instrument*" (PBI) (Parker, Tupling and Brown, 1979) to measure the interaction of children with their parents. In terms of educational style, significant differences were found between mothers and fathers of children with and without disabilities in the variables of autonomy, engagement, discipline, role distribution, parenting satisfaction, overprotection and support, in the case of mothers; and differences in discipline, role distribution, overprotection and support, in the case of fathers. As for the mothers of hearing impaired children, we found significant dissimilarities in the upbringing manifested with respect to distribution, satisfaction with upbringing and overprotection. In addition, mothers of children with physical disabilities revealed significant disparities in discipline and role distribution. No differences were found in the upbringing manifested by the parents of children with and without hearing or physical disability. Thus, we can assert the existence of differences in the upbringing manifested by parents of children with and without disabilities. On the other hand, regarding the possible dissimilarities in the development of behavioural problems in children with and without disabilities, the results

obtained from our research prove that children with disabilities are more likely to develop disorders such as hyperactivity, depression and somatic complaints and greater attention problems and learning difficulties, as well as poorer development in adaptive, social and study skills, and are less likely to be peer group leaders. In the case of hearing impairment, we were able to see that these present greater problems of externalizing problems, such as hyperactivity, greater symptoms of depression and internalizing problems and a higher rate of school and adaptive problems such as attention and learning problems, as well as worse results in social terms and in study and leadership skills. Also, the group of children with physical disabilities manifested a higher prevalence in problems of internalizing behavior, such as depression and somatization, and greater school problems such as learning and attention difficulties. This group also exteriorized significant differences in the development of adaptive, social and study skills, as well as leadership, showing worse results for the disabled group. No significant differences were found in the group of children with physical disabilities in terms of externalizing problems. However, we conclude that children with physical or sensory disabilities are in a condition of greater vulnerability to the development of behavioural problems. Finally, a series of predictive models were created based on certain attitudes of parenting, with the aim of relating educational style to such problems. In terms of externalizing behavior, we were able to predict 24% of the variance with respect to the group of children with disabilities, 50% in the case of hearing impairment and 78.5% for physical disability. Similarly, for the development of internalising behavioural problems, the models created were able to predict 23.3% of the variance for the disability group, 49.1% for hearing impairment, as well as 72.8% of prediction in the case of physically disabled children. With regard to school problems, parental practices have exerted their influence, being able to prognosticate 25.9% of the variance for children with disabilities, 50.8% in the case of

hearing disability and 83.4% for physical disability. Finally, with regard to adaptability, the development of these problems could be predicted at 17.6% for children with disabilities, 50.8% for hearing impairment and 87.8% for physical disability. As a consequence of what has been previously stated, we confirm the fundamental role played by the parenting style in the development of behavioural problems in children with physical or sensory disabilities.

Keywords: disability, physical disability, hearing disability, visual disability, parental style, upbringing, parental practices, behavioural problems, externalizing problems, internalizing problems, academic problem, adaptability.

EN LA DIFERENCIA

Tengo que explicarte, hijo, en esta habitación de todos los días
antes que la carcoma del frío la destruya,
que asomará relampagueando por la ventana lo que hemos dado en
llamar tu circunstancia, tu diferencia, y que deslizará una lágrima por
todos los rincones, a pesar de lo cual has de mantenerte en pie.
Te descubrirás en esta habitación de todos los días, incomprendido,
y dormirás palpitante frente al mundo, que por ese ojo tan oscuro te
mirará.

Y te golpeará como oscuro pedazo de noche la voz humana, y se
esconderá en ella, en la noche, cuando a la luna no le esté brillando
su rostro encarnado de corazón.

También te traerá, ese pedazo de negrura, el dolor cuando arda en la
dureza de la calle la estupidez solitaria de los hijos de la tormenta.

Y te acogerá, entre su desgarrador abandono, en su velo de muerte,
para que desees salir por ella y perderte entre sus sombras sin regreso.

Y no podrás entender jamás que tan sólo por lo que hemos
dado en llamar tu circunstancia, tu diferencia, palabra fría como el
desprecio, que sin embargo acuna al vivificador sonido de lo distinto, te
vas a quedar perdido, sin sonrisa en medio de los hombres, de sus
nublados prejuicios, de su angustiosa contradicción, de la incomprendida
diferencia.

Y verás la tierra desvaída, inhóspita, en la que reinará imperturbable la
ignorancia de los pobres seres que la habitan, y contra la cuál tendrá que
batallar tu ternura, herida, desencantada, para poder hacerse alba en
medio de la tristeza de tantas noches sin futuro.

Diego Castillo, mi padre

Introducción.

¿Nacemos con discapacidad o la sociedad nos incapacita? ¿Es la discapacidad una limitación o somos las personas quienes marcamos los límites? ¿Son las personas con discapacidad *diferentes*? ¿Acaso no somos todos diferentes? Las personas con discapacidad han sufrido de marginación y exclusión, históricamente, encontrándose en una desfavorable situación rodeada de toda clase de obstáculos. No cabe duda de que en los últimos años estamos siendo partícipes de un cambio social que modifica por completo la tradicional visión del concepto de discapacidad y aumenta la preocupación colectiva al respecto. No obstante, aún nos queda un gran camino por recorrer ya que, para poder suprimir las barreras que impiden a las personas con discapacidad participar en la comunidad, hemos de hacer frente en primer lugar, a las actitudes negativas y los prejuicios sociales, que son las trabas principales que se les ha impuesto. Dar respuesta a las demandas que plantean las personas con discapacidad, es una necesidad dentro de nuestra sociedad, y las personas e instituciones estamos obligadas a tomar conciencia de ello, tanto en el hogar como fuera de él.

Asimismo, en virtud de La Convención de los Derechos del Niño (1989) y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), se empieza a asumir el papel de una Escuela Inclusiva como garantía para que todos los niños y niñas disfruten de su derecho a la educación sin discriminación de ningún tipo. Así, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2019) promueve el objetivo de “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos”. Con todo, la visión de una atención educativa individualizada evoluciona, y con ella la intención de transformar el marco de un sistema educativo que está aún incompleto. Este cambio supondría una modificación en

la organización de los centros escolares, en los criterios de escolarización, un nuevo modelo de evaluación capaz de valorar más allá de una puntuación estándar y una intervención educativa en la que, a pesar de las limitaciones a nivel de recursos, sea concebida de calidad. Estaríamos hablando de la urgencia de una educación que se ajuste real para el desarrollo íntegro de las personas y se tome como cimientos las características individuales de la diversidad que hacen que una persona sea distinta a otra.

Como dijo Albert Einstein: “Todos somos genios. Pero si juzgas a un pez por su habilidad de trepar árboles, vivirá toda su vida pensando que es un inútil”. Creemos firmemente en la idea de concienciar a una sociedad que no solo respete las diferencias individuales, sino que entienda que aquello que nos hace distintos, es lo que nos hace únicos. Una sociedad que no etiquete a los niños por aquello que no son capaces de hacer, sino que potencie sus habilidades en su máximo esplendor. La educación no debería tratar solo de solventar aquellas no-capacidades causadas por la pérdida de función de algún órgano, sino impulsar al niño desde su interior. Creemos necesario potenciar desde las edades más tempranas, todas aquellas destrezas invisibles a la vista o el tacto, es decir, todo aquello que nos hace humanos. Las emociones. Los sentimientos. Se hace patente poner el énfasis no solo en el niño, sino en su entorno. Conocer su idiosincrasia pero también el escenario en el que se maneja cada día. Sus padres. Sus cuidadores.

El círculo en el que el niño se desenvuelve es fundamental, ya que este puede actuar a favor o en contra del desarrollo. En este sentido, es fundamental conocer el entorno para propiciar así, prácticas educativas ajustadas a la realidad que ayuden al niño a crecer de manera saludable. Además, la información recibida por los padres/cuidadores de un hijo con

discapacidad, a menudo, no es bien entendida, haciéndose necesaria una formación de calidad que sirva a los profesionales de guía para acompañar a los padres en el arduo camino de criar a un hijo con discapacidad, ya que desempeñan igualmente, un papel fundamental en el desarrollo del niño, en la medida en que estos pueden facilitar los recursos y apoyos necesarios para una mejor atención, así como para contribuir en la reeducación de unos padres que se ven inmersos en un nuevo modelo de crianza, que nada tiene que ver con sus expectativas. Atrás han de quedar los prejuicios, la norma, lo que se considera común a nuestros ojos, y empezar a ver el mundo desde los ojos de un niño que por su condición, no nos paramos a conocer, sino a etiquetar. Por ello, es fundamental la información que en este sentido se facilita a los padres de niños con discapacidad, pues esta propiciaría una crianza respetuosa y valiosa para el desarrollo del niño.

En base a estas consideraciones, el presente trabajo versará sobre la posible influencia de los estilos parentales en el desarrollo de problemas de conducta en los niños. Sin embargo, dado que es un tema excesivamente amplio, acotaremos nuestros objetivos al ámbito de la discapacidad y dentro de esta, a la discapacidad física y sensorial. La finalidad principal de esta elección ha sido aumentar el conocimiento social en este campo para ayudar en la inclusión y normalización de este colectivo y buscar nuevos caminos para reducir los posibles conflictos que acontecen en el hogar y en la escuela derivados de las dificultades comunicativas de estos niños y niñas. La literatura científica en este campo resulta notablemente escasa, de manera que abordar este tema resulta crucial con el objetivo de arrojar algo de luz a esta cuestión y con la esperanza de mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidad y sus familias. Nos hemos adentrado en un camino de difícil tránsito, ya que nos vamos a referir al estilo educativo parental como herramienta privilegiada para el

desarrollo de los niños y en particular, en el proceso evolutivo de las personas con discapacidad.

Para realizar nuestro propósito, es necesario poner en interacción una serie de aspectos. En primer lugar, se ha presentado una revisión teórica sobre la evolución del concepto de *estilo parental* y, además, dentro de este apartado, se ha llevado a cabo una búsqueda de la literatura existente para examinar qué se conoce sobre la relación entre *estilo de crianza parental y conducta*, dejando constancia de que en el crecimiento de un niño intervienen numerosos factores conectados entre sí, pero que una parte importante de su desarrollo está cimentada sobre la vía parental.

Por otro lado, se ha escrito un capítulo teniendo como objeto *la discapacidad* y dentro de esta la discapacidad sensorial y física y los distintos aspectos que engloban estos conceptos, su comportamiento y posibles dificultades que puede presentarse en su crianza. Se ha tratado de reflejar la situación de este colectivo para conocer, y posteriormente comprender, las dificultades con las que se encuentran las personas con discapacidad a lo largo de su desarrollo.

De acuerdo con estos planteamientos, a partir del marco teórico asumimos la metodología y *elaboración de nuestra investigación*, en la que concretaremos unos objetivos más específicos para el presente trabajo, que serán contestados posteriormente siguiendo los resultados obtenidos de las distintas variables de las escalas del Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 2004), el Cuestionario de Crianza Parental (PCRI) adaptado por Roa y Del Barrio (2001) y Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tupling y Brown (1979). Las escalas serán cumplimentadas por

los padres y tutores de los niños, con la finalidad de conocer la relación entre el estilo educativo parental y el posible desarrollo de problemas en los niños con discapacidad auditiva, visual y motora.

A modo de resumen, en los dos primeros capítulos se explicará el estado de la cuestión de los temas que abordaremos en el estudio, y los dos últimos capítulos se dedicarán a la investigación propiamente dicha, desde la metodología empleada hasta la interpretación de los resultados y conclusiones.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo I: Estilo educativo parental y conducta.

¿Qué es el estilo educativo?

La influencia de la crianza parental en el desarrollo de los niños ha sido estudiada desde hace más de un siglo, cuando los primeros autores ya especulaban sobre la importancia de las actitudes parentales en el proceso de desarrollo socioemocional del niño. Una de las primeras publicaciones se remontan a principios del siglo XX, cuando el Dr. D. M. Levy (1939), hipotetizaba en su libro “*Sobreprotección maternal*” la repercusión que acarrearía para el desarrollo del niño, el comportamiento de la madre en cuanto a la sobreprotección o sobredominación.

En este sentido, se empezaron a estudiar las diferentes actuaciones de los padres para con sus hijos reflexionando sobre su clasificación, a lo que Symonds (1939) añadió que las actitudes de los padres podían ser representadas en un plano cuyas coordenadas serían de “aceptación-rechazo” y “dominación-sumisión”. Por su parte, Baldwin (1948) exponía en sus trabajos los efectos de los “padres democráticos” y los “padres controladores”, sosteniendo que la democracia en casa estaba significativamente relacionada con la crianza de un niño agresivo, intrépido, controlador y cruel, caracterizado por una actitud de líder. A su vez, el control y la ausencia de democracia motivarían el desarrollo de un niño tranquilo y obediente, que mostraría un comportamiento sumiso y restringido en cuanto a su curiosidad, originalidad y sueños. Los padres autoritarios tienden a obtener la conformidad de sus hijos a expensas de su libertad personal, mientras que los padres democráticos tienden a correr el riesgo de

producir en sus hijos demasiada poca conformidad hacia las demandas culturales (Baldwin, 1948).

No obstante, fueron las publicaciones de Baumrind (1966, 1971, 1991) las que produjeron una visión coherente del tipo de comportamiento parental. La autora identificó cuatro modelos de estilos parentales denominados “permissivo”, “autoritativo”, “autoritario” (Baumrind, 1966, 1971) y “negligente” (Baumrind, 1991) sobre la base de dos aspectos del comportamiento parental: control y afecto. La autora define los estilos parentales como una característica de la relación padre-hijo, en vez de como una característica en los padres y modifica la visión del proceso de socialización, entendiéndolo como un proceso dinámico.

En la década de los ochenta, Maccoby y Martin (1983), transformaron las tipologías de Baumrind definiendo los estilos parentales como un reflejo de dos procesos fundamentales subyacentes dependientes del número y tipo de demandas hechas por los padres y la contingencia del refuerzo parental: afecto/comunicación (*responsiveness*) y control /exigencia (*demandingness*). En base a esto:

- a) los padres autoritativos adquirirían altos niveles de afecto y demanda,
- b) los padres autoritarios se corresponderían con alto nivel de demanda y bajo nivel de afecto,
- c) los padres permisivos presentarían un alto nivel de afecto y bajo nivel de demanda, y
- d) los padres negligentes serían definidos con un bajo nivel en ambas dimensiones.

		AFECTO Y COMUNICACIÓN	
		ALTO Afecto y apoyo explícito, aceptación e interés y sensibilidad ante las necesidades del niño	BAJO Afecto controlado y no explícito, distanciamiento, frialdad, hostilidad o rechazo
CONTROL Y EXIGENCIA	ALTO Normas y disciplina, control y restricciones y exigencias elevadas	AUTORITATIVO	AUTORITARIO
	BAJO Ausencia de control y disciplina, escasas exigencias y retos	PERMISIVO	NEGLIGENTE

Figura 1. Tipología de estilos educativos de Maccoby y Martin (1983).

De esta manera, aparecen los diferentes tipos de estilos parentales como consecuencia de la aglutinación de ambos modelos.

Las características descritas para ambas dimensiones planteadas por Maccoby y Martin (1983) y Baumrind (1996) serían las siguientes:

El **afecto y comunicación** (*responsiveness*) se compone de los siguientes elementos (Baumrind, 1996): afabilidad (expresión de amor por parte de los padres), reciprocidad (procesos de sincronía padres-hijos), comunicación clara y discurso personalizado

(comunicación bidireccional y centrada en la persona) y apego (los niños que se sienten seguros tienen una relación afectiva recíproca con sus cuidadores).

El **control y exigencia** (*demandingness*), por su parte, está compuesto por (Baumrind, 1996): confrontación (padres que se enfrentan a los comportamientos inadecuados de los hijos), supervisión (un hogar organizado, con normas claras y responsabilidades definidas) y disciplina consistente y contingente (orientar al niño hacia las metas seleccionadas, modificar las expresiones de inmadurez, dependencia y promover la obediencia).

Los tipos de estilo parental categorizan una relación particular padres-hijo, que a su vez, tiene un poder probado para predecir la competencia del niño. Sin embargo, la estabilidad de esta relación sería el resultado de la conexión entre las cualidades del niño y los valores, la personalidad y las expectativas de los padres (Baumrind, 2005). De manera que, los factores de la exigencia tienen un efecto más beneficioso cuando se dan en una configuración autoritativa, que cuando se dan en una autoritaria, ya que en el estilo autoritativo se contempla firme control conductual y supervisión, con cariño y autonomía. De forma similar, un alto nivel de afecto influye positivamente en los niños cuando se da junto con altas exigencias en una configuración autoritativa, pero no cuando se da junto a bajas exigencias en un tipo permisivo (Baumrind, 2005).

Por su parte, Darling y Steinberg (1993) propusieron la conceptualización de los estilos parentales como un contexto que modera la influencia de las prácticas parentales específicas, diferenciando así, las prácticas parentales de los estilos parentales. Los estilos parentales pueden ser entendidos como una constelación de actitudes en el niño que le son

enseñadas, y juntos forman un ambiente emocional en el que se exponen las conductas de los padres, a través de las cuales los padres desarrollan sus propias obligaciones (prácticas parentales) así como otro tipo de manifestaciones tales como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc. Así pues, las prácticas parentales son comportamientos definidos por contenidos específicos y objetivos de socialización, a través de los cuales los padres ayudan a sus hijos a dar respuesta a sus propósitos de socialización (Darling y Steinberg, 1993).

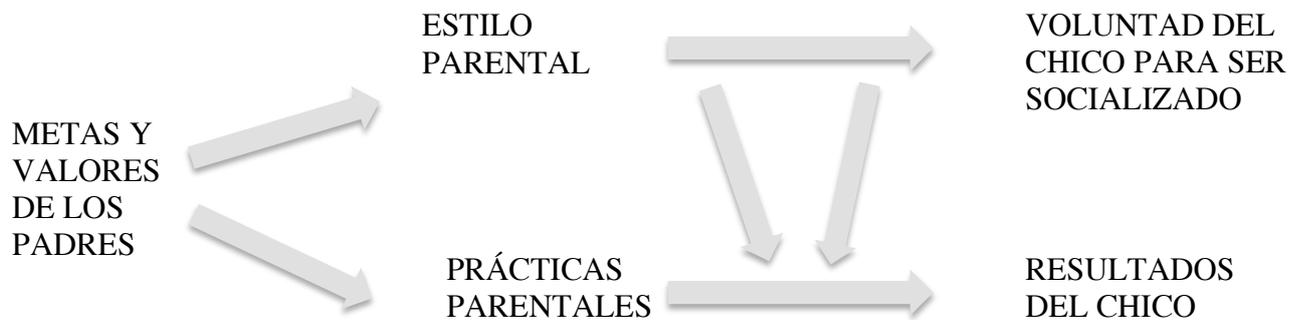


Figura 2. Modelo integrador de Darling y Steinberg (1993).

A pesar de que son numerosos los trabajos sobre los estilos educativos de los padres, no podemos olvidar que los modelos establecidos no son estables a lo largo del tiempo, puesto que varían con el desarrollo del niño, pudiendo cambiar de acuerdo a múltiples variables tales como: las influencias genéticas, factores externos (Ceballos y Rodrigo, 1998; Palacios, 1999), el momento evolutivo en el que se encuentre el niño (Ceballos y Rodrigo, 1998; Palacios, 1999; Torío, Peña, y Rodríguez, 2008), el número de hermanos y lugar que

ocupan (Plomin, 1994; Torío et al., 2008) o el sexo y edad de los padres (Palacios, 1999; Torío et al., 2008). En este sentido, la calidad y estilo de interacción entre los padres y sus hijos depende del contexto social y concretamente del nivel de estrés y apoyo emocional e instrumental experimentado por los padres (Jiménez y Muñoz, 2005), es decir, para analizar los estilos educativos parentales, es preciso hacerlo en el contexto social y realidad de la familia (Torío et al., 2008). Un importante planteamiento en el estudio del estilo parental radica en la aportación de entender la relación entre padres e hijos desde una perspectiva bidireccional, de modo que el comportamiento de los hijos es influido por sus padres, pero al mismo tiempo, el comportamiento de los padres como educadores es condicionado por las características de los hijos y el *feedback* que reciben de sus propias acciones educativas (Raya, 2008).

Actualmente, el estudio del estilo parental y su influencia en determinados aspectos del desarrollo de los niños, sigue siendo la esencia de numerosas investigaciones. Así, se sigue analizando la influencia del contexto familiar sobre el fracaso escolar y el rendimiento académico de los hijos (Cerezo, Casanova, de la Torre y Carpio, 2011; Hernando, Oliva y Pertegal, 2012; Sabán, Herruzo y Raya, 2013), sobre los problemas de conducta externalizantes (Scrimgeour, Blandon, Stifter y Buss, 2013) e internalizantes (Errázuriz, Harvey y Thakar, 2012; Guajardo, Snyder y Petersen, 2009; Lipps et al., 2012; Varela, Niditch, Hensley-Maloney, Moore y Creveling, 2013), la competencia emocional (Stack, Serbin, Enns, Ruttle y Barrieau, 2010), el *Cyberbullying* (Georgiou y Stavrinides, 2013) o el sobrepeso u obesidad infantil (Connell y Francis, 2014; Patrick, Hennessy, McSpadden y Oh, 2013; Veldhuis, Van Grieken, Renders, HiraSing y Raat, 2014).

Trascendencia de la crianza.

Se ha desplegado una amplia evidencia que demuestra que la calidad de la crianza que recibe un niño es fundamental para su bienestar. Los niños expuestos al cariño, la sensibilidad y la crianza coherente son más propensos a experimentar un desarrollo óptimo (Guajardo et al., 2009; Stack et al. 2010), mientras que las familias en situaciones desfavorables incluyendo familias con discapacidad, violentas, con prácticas disciplinarias muy severas y psicopatología en los padres, están asociadas con un mayor riesgo de psicopatología en los niños y adolescentes (Chadwick, Kusel y Cuddy, 2008; Koskentausta, Livanainen y Almqvist, 2007). Así, podemos afirmar que los problemas derivados del entorno familiar en edades tempranas, pueden desarrollar secuelas en la edad adulta, generando una serie de trastornos que nacen desde la educación de las figuras de apego principales para los niños. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición, (DSM-5) (2013) llama la atención sobre la variedad de problemas que se pueden establecer en el ámbito familiar y que tienen origen en las relaciones que se construyen entre un niño y sus cuidadores principales, categorizando dos situaciones que se dan en la infancia: problemas de relación y maltrato abuso y negligencia. Con esto, se pretende señalar que tales problemas pueden afectar el curso o desarrollo de otras afecciones clínicas, es decir, las experiencias en edades tempranas desarrolladas en nuestro entorno más cercano, pueden tener un impacto negativo o positivo en la medida en que tales relaciones “pueden tener efectos en la promoción y protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales en la salud” (DSM-5, 2013).

Así, el mismo Manual, hace mención, en primer lugar, a los Problemas de relación, referidos a aquellos problemas que brotan en el ámbito familiar entre el cuidador principal y el niño. En este sentido, el DSM-5 (2013), habla de algunas prácticas de crianza parental y como estas están asociadas con el deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. El primer dominio lo relaciona, por ejemplo, con un inadecuado control, supervisión e implicación de los padres, la sobreprotección o la presión paterna excesiva, así como las amenazas y la evitación. Por otro lado, los problemas cognitivos tendrían atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir al otro en chivo expiatorio, además de la sensación de distanciamiento sin motivo. Por último, se habla del deterioro afectivo que puede traer consigo sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de la relación. En la misma línea, se expone la categoría que atiende a los efectos negativos que produce una relación parental conflictiva, es decir, niños expuestos, por ejemplo a elevados niveles de conflictos, tensión o desprecios. De la misma forma puede afectar la exposición a un elevado nivel de emoción expresado en la familia (hostilidad, intromisión excesiva emocional y críticas). Se establece la categoría de Maltrato, abuso y negligencia, en la medida en que esta afecta al curso o desarrollo de un trastorno mental o médico, teniendo en cuenta de nuevo, las consecuencias en edades posteriores, del maltrato físico o psicológico, el abuso sexual o físico y la negligencia en edades tempranas (DSM-5, 2013).

En la línea de los trastornos internalizantes, es importante conocer el entorno en el que el niño se desenvuelve, ya que es consabido que el tipo de crianza tiene una influencia directa en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y depresión, existiendo una serie de prácticas parentales que actúan como factores de riesgo en el desarrollo de estos problemas.

En este sentido, una crianza negativa caracterizada por el poco afecto demostrado, los conflictos interparentales, la sobreprotección, la repulsión y el rechazo, la escasa concesión de autonomía y control, el abuso del castigo y la falta de modelado y seguridad, tienen una relación directa con el desarrollo de problemas internalizantes en los niños y adolescentes (Berkien, Louwerse, Verhulst y Van der Ende, 2012; Van der Sluis, Van Steensel y Bögels, 2015; Yap, Pilkington, Ryan y Jorm, 2014; Yap y Jorm, 2015). Además, se ha podido establecer una serie de factores de riesgo en el desarrollo de estos problemas que pueden ser englobados dentro de la dinámica familiar: la disfunción familiar y un alto estrés (Plotkin, Brice y Reesman, 2014; Rawatlal, Kliewer y Pillay., 2015; Van Oort, Verhulst, Ormel y Huizink, 2010) y neuroticismo parental (Plotkin et al., 2014), el maltrato infantil (Spinhoven, Elzinga, Van Hemert, de Rooij y Penninx, 2016); la conducta de crianza negativa y la depresión y ansiedad parental (Cummings, Cheung, Davies, 2013; Khasakhala, Ndetei, Mathai y Harder, 2013; Ranøyen, Stenseng, Klöckner, Wallander y Jozefiak, 2015; Yurduşen, Erol y Gençöz, 2013) o los sucesos estresantes que acontecen en las familias en situaciones de riesgo (Lorence Lara, Hidalgo García y Dekovic, 2013) como la desventaja económica (Rijlaarsdam et al., 2013). Además, la exposición al malestar de la madre ante la crianza en edades tempranas, tiene efectos sobre el desarrollo de síntomas depresivos en la adolescencia media (Nilsen, Karevold, Kaasbøll y Kjeldsen, 2018).

Generalmente, se ha estudiado la posible relación entre el “estilo de crianza parental” y el desarrollo de problemas de conducta internalizantes en niños y adolescentes. Algunos investigadores han usado los cuatro tipos de comportamiento parental: autoritativo, autoritario, permisivo y negligente, para explicar la influencia de la conducta de los padres y los síntomas de depresión. Lipps et al. (2012) manifestaron que, en general, el estilo de

crianza autoritativo y permisivo estaba asociado con niveles más bajos de síntomas de depresión en adolescentes.

Igualmente, la trayectoria y el éxito o fracaso escolar de los jóvenes, están influenciados por las relaciones que se establecen entre un niño y los distintos contextos de apoyo social en los que crece (Upadyaya y Salmela-Aro, 2013; Wang y Eccles, 2012). La dimensión familiar es el escenario principal por excelencia, y son numerosos los estudios que relacionan significativamente el estilo de crianza parental y la relación familiar con el rendimiento académico (Akinsola, 2011; Cerezo et al., 2011; Huey, Sayler y Rinn, 2013; Karimi, Soleymani y Ahmadi, 2012; Liu, 2013; Nelson, 2011; Stright y Yeo, 2014), destacando el estilo de crianza “autoritativo” como el más efectivo para el logro del éxito académico de los niños y adolescentes (Ishak, Low y Lau, 2012; Karimi et al., 2012; Masud, Thurasamy y Ahmad 2015). Además, la autoritatividad de los padres se relaciona positiva y significativamente con el desarrollo del compromiso académico de los jóvenes, la competencia social, la autorregulación, la toma de perspectiva y el uso de estrategias de aprendizaje (Cerezo et al., 2011; Jabaghourian, Sorkhabi, Quach y Strage, 2014), lo que sugiere que los niños que perciben una óptima relación con sus padres, experimentan niveles más bajos de *burnout académico* (Shin, Lee, Kim y Lee, 2012). Específicamente, el calor maternal (Wang, 2014), la participación de los padres en las actividades del hogar (Watkins y Howard, 2015) y las expectativas de estos sobre la educación de sus hijos (Cawthon, Garberoglio, Caemmerer, Bond y Wendel, 2015) tienen una influencia significativa en el desarrollo de la competencia académica de los niños y el mantenimiento de estos en el entorno escolar. En el lado opuesto, se afirma que un ambiente familiar negativo, caracterizado por un bajo control del rendimiento y una crianza sin apoyo, revela una

adaptación social más pobre y la evasión del compromiso escolar, impidiendo un alto desempeño académico (Swanson, Valiente y Lemery-Chalfant, 2012). En ese sentido, existen programas centrados en el fortalecimiento de las relaciones escuela-familia-niño y la implicación parental, diseñados como instrumentos que mejoran el éxito académico de los jóvenes. Estos programas muestran un incremento en la frecuencia de contacto, la mejora en la participación y relación escuela-familia (O'Donnell y Kirkner, 2014), un mayor compromiso de las familias con la escuela (Spath, Randall y Shin, 2008), beneficios en la efectividad de las prácticas de crianza y en las valoraciones de los profesores sobre la conducta de los estudiantes (Brotman et al., 2011), una disminución del estrés de los padres y un aumento de su confianza y comprensión de la conducta de sus hijos con dificultades de aprendizaje (George, Kolodziej, Rendall y Coiffait, 2014), con la consiguiente mejora del rendimiento académico de los hijos (Brotman et al., 2011, O'Donnell y Kirkner, 2014; Spath et al., 2008).

Asimismo, la evidencia enfatiza en la importancia del rol parental en el desarrollo de problemas de conducta externalizantes que afectan a la conducta de niños y adolescentes. En este sentido, el estilo educativo parental vuelve a influir como moderador de la conducta agresiva en los niños y adolescentes, la agresión relacional, el consumo de alcohol y tabaco, la conducta antisocial, hiperactividad e impulsividad y conductas sexuales de riesgo (Batool, 2013; De la Torre-Cruz, García-Linares y Casanova, 2014; Kawabata, Alink, Tseng, Van IJzendoorn y Crick, 2011; Luyckx et al., 2011; Merianos, King, Vidourek y Nabors, 2015; Ni y Gau, 2015; Okhakhume, 2014; Raya, Herruzo y Pino, 2008; Raya, Pino, Herruzo, 2009; Tomić, Burić, Štulhofer, 2018; Wahl y Metzner, 2012). Longitudinalmente, varios estudios han relacionado el bajo nivel de control parental durante la infancia con la delincuencia

agresiva en la adolescencia, así como la sensibilidad materna y el rechazo parental (Buschgens et al., 2014; Harris-McKoy y Cui, 2013; Van der Voort, Linting, Juffer, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2013). Se ha estudiado el control parental como factor protector de conductas de riesgo en la adolescencia. Tomić et al. (2018), evaluaron el papel del control parental con la vulnerabilidad de los adolescentes para desarrollar conductas sexuales de riesgo como actividad sexual, agresividad sexual y sexting. Estos autores afirmaron que el control de los padres estaba consistente y negativamente relacionado con tales conductas problemáticas. Por su parte, Clark, Donnellan, Robins y Conger (2015), sugirieron que el control parental es un factor protector para el uso temprano de sustancias, principalmente para los jóvenes con tendencias temperamentales asociadas. Además, hay otras características parentales que hacen que la crianza favorezca el desarrollo de problemas de conducta. En este sentido, varios estudios advierten que los jóvenes que han desarrollado un comportamiento perturbador, han sido sometidos a la agresión física y verbal (LeRoy, Mahoney, Boxer, Lakin y Fang, 2014), la disciplina inconsistente, la expresividad emocional negativa de los padres (Duncombe, Havighurst, Holland y Frankling, 2012), el carácter de los padres marcado por la evitación y la autodirección y autotranscendencia (Lee, Cloninger, Hyun Park y Chae, 2015), la alta reactividad y los conflictos interparentales (Salari, Wells y Sarkadi, 2014).

Por tanto, ponemos énfasis en el funcionamiento familiar desde las edades más tempranas, ya que un ambiente caracterizado por la cohesión y armonía desarrollaría en los niños mayores habilidades sociales para la regulación de las emociones y el establecimiento de relaciones importantes con los demás. Mientras que las familias más conflictivas, estarían marcadas por problemas de agresión e irritabilidad en los niños (Hammes, Crepaldi y Bigras, 2012).

Capítulo II: Diversidad funcional.

Descubriendo la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a) estima que más de mil millones de personas (15% de la población mundial), tiene alguna forma de discapacidad. Además, la misma Organización afirma que ente 110 y 190 millones (2,2% y 3,8%, respectivamente) de adultos mayores de 15 años, tienen dificultades considerables para funcionar. Así, en España, la principal y obsoleta Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) estimó que alrededor de 3.847.900 personas presentaban algún tipo de discapacidad o limitación, es decir el 8,5% de la población en aquel momento.

Más recientemente, nos encontramos con la información recogida en la “base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad”, un informe de 2016 relativo a las personas que solicitaron el reconocimiento de la situación de discapacidad. Es decir, se establecen las cifras de aquellas personas que han obtenido en la valoración un grado de discapacidad (G.D.) igual o superior al 33%. En este sentido, en España, se estima un total de 3.378.622 (7,26%) de la población, contabilizando las cifras más altas para discapacidad osteoarticular 980.686 (29,47%), crónica 587.515 (17,66%) y mental 535.675 (16,10). Seguidas de neuromuscular 346.039 (10,40%), discapacidad intelectual 277.472 (8,34%), discapacidad visual 230.917 (6,94%) y auditiva 187.178 (5,63%).

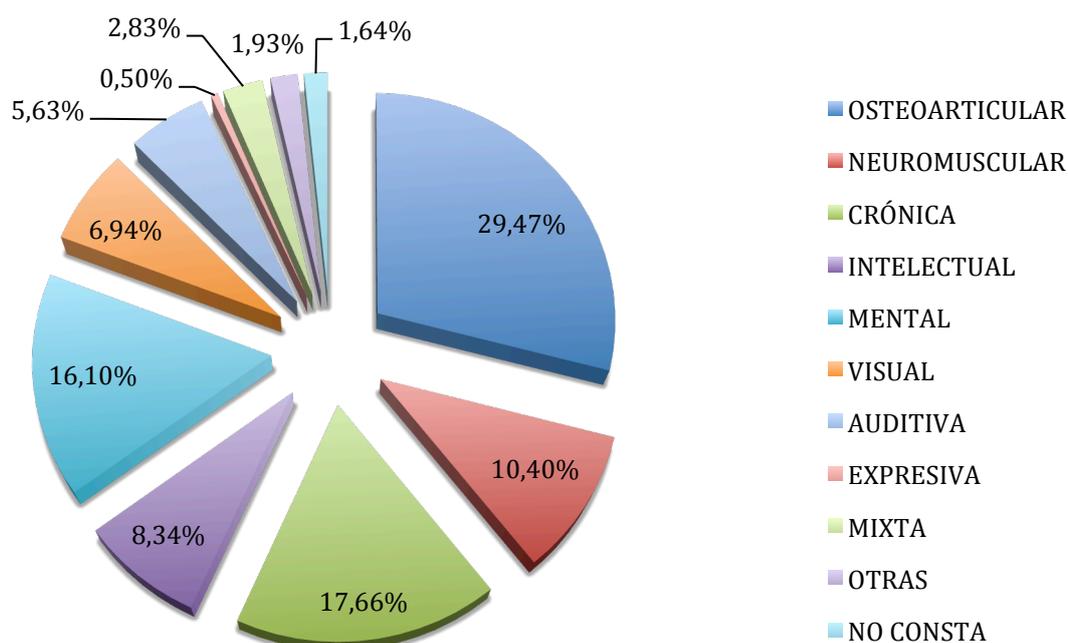


Figura 3. Personas con G.D. reconocido igual o superior al 33%. Distribución según tipos de primera deficiencia. (Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, 2016).

Por otro lado, la misma base de datos, hace una distribución de personas con G.D. igual o superior al 33% según la edad. En este sentido, cabe destacar un total de 1.801.342 personas con discapacidad menores de 65 años, de las cuales 151.610 son menores de 17 años; 225.318 personas con discapacidad de entre 18-34 años, así como un total de 1.424.414 de entre 35-64 años. De esta distribución, y para el tema que nos ocupa, destacamos que del total de personas con discapacidad con grado igual o superior a 33% menores de 65 años, el 22,55% presentan discapacidad osteoarticular, así como un 10,98% de personas con discapacidad neuromuscular; seguidas de discapacidad visual (5,89%) y auditiva (5,59%).

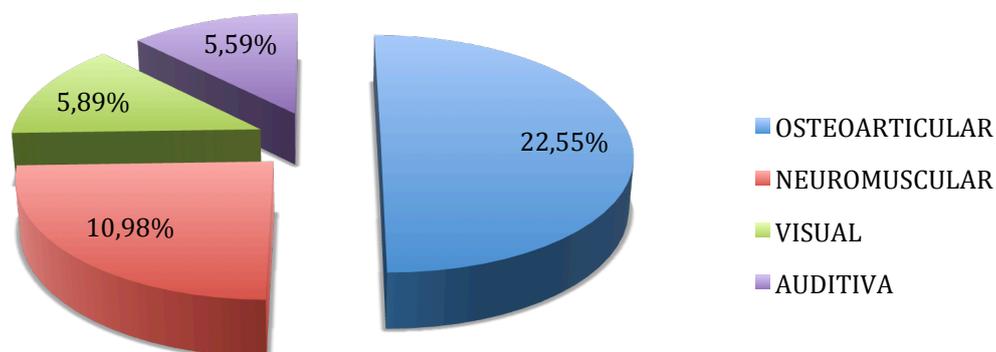


Figura 4. Personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% menores de 65 años. (Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, 2016).

Así, la discapacidad es muy diversa y el término ha sufrido numerosas modificaciones a lo largo de los tiempos, desde su expresión más despectiva, al hacer referencia a términos como subnormales, mongólicos, disminuidos, lisiados,...y un largo etcétera de palabras estigmatizadoras que se han ido utilizado a lo largo de los años, para referirse a las personas con discapacidad, hasta la actualidad y el intento de consensuar el tratamiento de la misma.

Desde la concepción más antigua, categorizada por un término meramente biológico hasta su expresión más humana en la que se hace necesaria la aceptación de las diferencias individuales.

La Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980) reflejaba la discapacidad desde

el punto de vista de una enfermedad, diferenciando y relacionando tres niveles, definidos de la siguiente manera:

- a) Deficiencia: hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

- b) Discapacidades: reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la persona.

- e) Minusvalías: hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno.

Es decir, la CIDDM (1980) entiende la discapacidad como una limitación de la persona, causada por la deficiencia de algún órgano corporal que impide al individuo interactuar con el medio a causa de la minusvalía que esta le ocasiona.

Con todo, una primera respuesta, fue el modelo médico, que consideraba la discapacidad como un problema individual o personal causado por el mal funcionamiento de algún órgano, y dando respuestas a través de tratamientos curativos y rehabilitadores de salud (Seoane, 2011). Después, más allá del modelo médico, se empezó a tomar en consideración la discapacidad desde el punto de vista social, en cuanto a la interacción de la persona con el

medio (Oliver, 1990). Estaríamos hablando del modelo social de la discapacidad, centrado solamente en las relaciones que establece la persona con discapacidad con el entorno y dando paso a la visión del concepto como fenómeno multidimensional. Para ello, en un intento por solventar las críticas conceptuales, la Organización Mundial de la Salud promueve su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) para entender la discapacidad desde el punto de vista del funcionamiento de un individuo, y establece una visión en base a dos dominios sobre:

1) Funcionamiento y Discapacidad:

a. Funciones y Estructuras Corporales.

Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”.

b. Actividades y Participación.

Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la Actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

Restricciones en la Participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

2) Factores Contextuales.

c. Factores Ambientales.

Individual: ambiente inmediato de la persona (hogar, trabajo, escuela) y relaciones que se establecen entre ellas.

Servicio y sistemas: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura.

d. Factores Personales. Características de un individuo que no forman parte de una condición o estado de salud (sexo, edad, raza,...).

Es decir, se toma en consideración, no solo la capacidad de la persona, sino también, la responsabilidad social de los factores que interaccionan con ella. Con todo, se habla de un modelo biopsicosocial que obliga a conocer la situación de la persona con discapacidad en su contexto personal, social y cultural, ya que se hace patente la heterogeneidad y diversidad de las personas (Seoane, 2011). Además, la CIF (2001) añade que el problema es ideológico o de actitud y por tanto, para solventarlo se precisa de cambios sociales que ha de abarcar la política en una cuestión de derechos humanos.

Sin embargo, aun nos queda mucho camino por recorrer para superar las barreras que cargan las personas con discapacidad. En primer lugar, la barrera del lenguaje se nos presenta sobre un escenario negativo que predispone el pensamiento ajeno sobre este colectivo. En un intento por definir la *discapacidad*, haremos mención en este caso, al principal Diccionario de

la Lengua Española (DEL) que con última actualización en el año 2017, se atreve a definirla en términos vagamente superficiales:

discapacidad

1. f. Condición de discapacitado. *Percibe una prestación por su discapacidad.*

2. f. Manifestación de una **discapacidad**. *Personas con discapacidades en las extremidades.*

Así, en un nuevo intento por expresar dicha condición, nos deriva al termino *discapacitado*, etiquetando a la persona y refiriéndose a ella de la siguiente manera:

discapacitado, da

Calco del ingl. *disabled*.

adj. Dicho de una persona: Que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida. U. t. c. s.

¿La persona con discapacidad está incapacitada? También, llama la atención la connotación negativa que recae sobre el concepto, ya que al hacer referencia al verbo *padecer* nos deriva a un pensamiento desfavorable sobre la condición de discapacidad, y así podemos comprobarlo al consultar dicho verbo:

padecer

Del lat. **patiscĕre*, de *pati*.

Conjug. c. *agradecer*.

1. tr. Sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo. U. t. c. intr.

2. tr. Soportar agravios, injurias, pesares, etc. U. t. c. intr.

3. tr. Sufrir algo nocivo o desventajoso. *Padecer engaño, error, equivocación.*

4. tr. **sufrir** (|| tolerar).

5. tr. Dicho de una cosa: Recibir daño.

¿Acaso las personas con discapacidad sienten daño, dolor, enfermedad, pena o castigo por su condición? ¿Es cierto que han de soportar agravios, injurias o pesares por tener alguna discapacidad? ¿SUFREN algo nocivo o desventajoso por su condición?

Por otro lado, la OMS (2018b) define el término discapacidad como “un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”. Desglosando el término en tres afectos diferenciales: deficiencias, referidas a problemas que afectan a una estructura o función corporal; dificultades para ejecutar acciones o tareas; y restricciones de la participación en situaciones vitales.

Por último, y en un intento por ir más allá, se hace necesaria la idea de visualizar un concepto inspirado en la no discriminación y la aceptación de la heterogeneidad de las personas. Para ello, Romañach y Lobato (2005) defendieron un nuevo concepto: la **diversidad funcional**, propuesto por primera vez en el Foro de Vida Independiente para sustituir los términos utilizados con anterioridad, como minusvalía, invalidez o discapacidad, considerados peyorativos por ajustarse a la visión de “una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y ajustar a utópicos patrones de “normalidad”” (Novoa, 2016).

Como hemos mencionado anteriormente, la discapacidad es entendida en la actualidad en términos de que esta presente algún tipo de limitación en las actividades o participación en la sociedad. En este sentido, el informe (2017), de acuerdo con las estimaciones de la Encuesta sobre Ingresos y Condiciones de Vida, en Europa, una de cada cuatro personas de 16 años o más experimentan alguna limitación en sus actividades

habituales debido a problemas de salud. Concretamente en España, establece unas cifras del 82,8% referido a personas de entre 16 a 64 años que no presentan ninguna limitación en la actividad, el 12,5% de la población de esa edad presentarían una limitación moderada y el 4,8% una limitación severa.

Para el tema que nos ocupa, haremos un breve repaso por las diferentes categorías referentes a la discapacidad, que englobaremos en tres apartados:

- ◆ Pérdida de visión.
- ◆ Pérdida de audición.
- ◆ Pérdida de la función motora.

Pérdida de visión.

Helen Keller escribió: “En todos mis experimentos de ideas mi mano desempeña un papel muy importante. Todo lo que me emociona o estremece, es como otra mano que me tocara en la sombra y al hacerlo me revelase mi existencia misma. Tachar de irreales estas impresiones, que yo he acumulado por medio del tacto, equivale a opinar lo mismo de un espectáculo que llena de júbilo vuestra alma o de una desgracia que hace afluir amargas lágrimas a vuestros ojos.” (Keller, p. 5, 2012).

A nivel mundial, la OMS (2018c) estima que aproximadamente 1300 millones de personas viven con alguna forma de deficiencia de la visión de lejos o de cerca. En este sentido, la pérdida visual puede deberse a un inadecuado desarrollo de los órganos visuales (congénita) o puede ser adquirida a cualquier edad por traumatismos, accidentes, enfermedades,... Se establecen que, en general, las principales causas de visión deficiente pueden deberse a errores de refracción no corregidos, cataratas, degeneración macular relacionada con la edad, glaucoma, retinopatía diabética, opacidad de la córnea o tracoma; variando de un país a otro, especialmente entre los niños (OMS, 2018c).

En España, se estimó en el año 2008 que alrededor de 979.200 personas de más de 6 años, padecían algún tipo de discapacidad visual, de las cuales 920.900 presentaban baja visión y 58.300 presentaban ceguera (INE, 2019-relacion a encuesta EDAD, 2008). Se estima que solo el 2,64% son usuarios del sistema Braille. En su actualización, la Encuesta nacional de salud (2017) consideró estas cifras en función de la limitación presentada, haciendo una distribución de personas de entre 15-24 años de los cuales el 94,96% no presenta limitación

para ver, el 4,83% de la población española manifiesta alguna dificultad y del 0,21% mucha dificultad (INE, 2019-relación a encuesta de salud).

No obstante, para hablar de los trastornos de la visión, primeramente, hemos de entender el funcionamiento de esta. La visión es la función del ojo. El ojo es “un órgano par situado a ambos lados del plano sagital protegido por grasa y tejidos blandos y por las paredes óseas que componen las cavidades orbitarias, donde, además del globo ocular, se alojan el nervio óptico, los músculos oculares, la glándula lagrimal, vasos y nervios. Los párpados, las pestañas y las lágrimas son igualmente protectores del ojo” (Bueno, p.13, 1994). No obstante, la visión no se relaciona solo con la estructura y funcionamiento de los ojos, pues se trata de un sistema mucho más complejo en el que participaría también el cerebro. Las estructuras fisiológicas del ojo (pupila y cristalino) pueden facilitar o impedir la llegada de los rayos de luz a las células sensitivas de la retina. Estaríamos hablando de cómo “la localización y distribución de las células activadas ayuda a determinar la fuerza de la energía enviada al cerebro por el nervio óptico donde la persona recibe las cargas eléctricas como fragmentos de información visual, las organiza en una imagen visual y relaciona ésta con mensajes recibidos de otros sentidos, llegando así a la total interpretación” (Barraga, 1997).

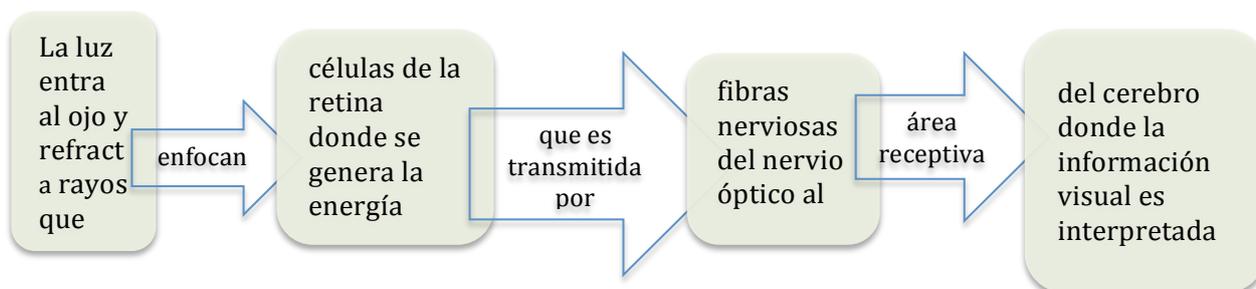


Figura 5. Componentes de todo el sistema visual y la función de cada uno en relación al proceso de la interpretación visual (Barraga, 1997).

Con todo, dentro de la “visión normal” se establecen una serie de funciones que dan sentido al movimiento del ojo. Así, May y Allen (1979) ya hablaban en sus estudios de tres funciones:

- Sentido de la forma: el ojo percibe figuras y formas de los objetos. También llamado agudeza visual.
- Sentido cromático: el ojo es capaz de percibir colores, haciendo síntesis a partir de tres: rojo, verde, azul.
- Sentido luminoso: el ojo distingue gradaciones de la intensidad de la luz.

Para Barraga, Collins y Hollis (1983) destacan tres funciones visuales normales:

- Funciones ópticas. Control fisiológico de los músculos del ojo, para conseguir con ello, las habilidades visuales de fijación, seguimiento, acomodación, enfoque y movimiento.
- Funciones ópticas-perceptivas. Interpretación perceptiva.
- Funciones perceptivas. Organización de la información visual.

Por otro lado, Arráez (1998), establece cuatro funciones:

- desplazamiento de los ojos hacia una posición en la que se identifica un objeto (mecanismos voluntarios o complejos),
- desplazamiento de los ojos hacia una posición o dirección (mecanismos voluntarios o complejos),
- desplazamiento de los ojos en una dirección que siguen un objeto en movimiento (voluntario) y

- desplazamiento de los ojos en una posición contraria al sentido de desplazamiento que sigue la cabeza pasivamente a un movimiento exterior (reflejo).

El sentido de la vista representa un papel fundamental en el desarrollo de una persona, especialmente durante el periodo infantil. La alteración de la visión impide a la persona recibir información imprescindible para el desempeño diario y bienestar. Por tanto, igual que el concepto de discapacidad ha sufrido de modificaciones a lo largo de los años, la consideración de la discapacidad visual ha sido también modificada. Así, desde que empezó a asumirse el concepto de la discapacidad, son numerosos los términos que se han empleado para hablar de las personas con pérdida visual. Ya desde comienzos del siglo XIX existía una falta de precisión en el concepto para describir la discapacidad visual (Barraga, 1978):

Ceguera médica	Disminuido visual
Ceguera económica	Vidente parcial
Ceguera educacional	Defectuoso visual
Ceguera funcional	Incapacitado visual
Ceguera congénita	Impedido visual
Ciego adventicio	Limitado visual
Ciego legal	Baja visión
Ciego parcial	Visión residual
Ciego vocacional	Visión subnormal

Figura 6. Lista de palabras utilizadas para describir la discapacidad visual (Barraga, 1976)

Actualmente, la discapacidad visual es asumida desde el punto de vista de la diversidad funcional y la participación (Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005)). De manera que, al hablar de ceguera o deficiencia visual, la Organización Nacional de Ciegos en España (ONCE, 2018) hace referencia a las condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual, es decir, habla de personas que no ven nada en absoluto, o personas que tienen una ligera percepción de la luz (son capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos). Además, la misma Organización distingue dos situaciones en las que están inmersas las personas con discapacidad visual. Por una lado, aquellas que con las ayudas ópticas necesarias, son capaces de ver o distinguir algunos objetos a muy corta distancia. Por otro, diferencia la capacidad para percibir objetos en función de si la pérdida de visión es central (identificar objetos situados enfrente) o periférica (identificar objetos que se encuentran a un lado, encima o debajo de los ojos).

Asimismo, una deficiencia visual se evalúa según el funcionamiento de los órganos de la visión a través de dos parámetros: la agudeza visual (habilidad para percibir la figura y forma de los objetos a una distancia determinada) y el campo visual (es la zona que puede ser vista sin mover los ojos) (Arráez, 1998). En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 2ª edición, 2018) especifica la discapacidad visual en dos grupos: baja visión/ceguera; pudiendo afectar a uno o los dos ojos. Dicha clasificación hace diferenciación además, entre la deficiencia de la visión de lejos y de cerca (OMS, 2018c):

Deficiencia de la visión de lejos:

- Leve: agudeza visual inferior a 6/12
- Moderada: agudeza visual inferior a 6/18
- Grave - agudeza visual inferior a 6/60
- Ceguera - agudeza visual inferior a 3/60

Deficiencia de la visión de cerca:

Agudeza visual de cerca inferior a N6 o N8 a 40cm con la corrección existente.

Agudeza visual (AV) lejana		
Categoría	AV menor a:	AV igual o mayor a:
0: discapacidad visual leve o sin discapacidad	No aplica	6/18
		3/10 (0.3)
		20/60
1: discapacidad visual moderada	6/18 (metros)	6/60 (metros)
	3/10(0.3)	1/10 (0.1)
	20/60 (pies)	20/200 (pies)
2: discapacidad visual severa	6/60 (metros)	3/60 (metros)
	1/10 (0.1)	1/20
	20/200 (pies)	20/400 (pies)
3: ceguera	3/60	1/60 (cuenta dedos a 1 metro)
	1/20 (0.05)	1/50 (0.02)
	20/400	5/300 (20/1200)
4: ceguera	1/60 (cuenta dedos a 1 metro)	Percepción de luz
	1/50 (0.02)	
	5/300 (20/1200)	
5: ceguera	No percepción de luz	
9	Indeterminado o no especificado	

Figura 7. Categorías de la pérdida de visión (OMS) (citado en Suárez, 2011)

Por último haremos referencia a la Clasificación Internacional de Enfermedades, que en su 10.^a edición en el año 2018 dedica un apartado del manual a las **alteraciones visuales y ceguera**:

Problemas visuales	
Ambliopía ex anopsia	Ambliopía no especificada Ambliopía por privación Ambliopía refractiva Ambliopía estrábica Sospecha de ambliopía
Trastornos de visión subjetiva	Alteraciones de visión subjetiva no especificadas Ceguera diurna Pérdida de visión transitoria Pérdida brusca de visión Distorsiones visuales de forma y tamaño (Metamorfopsia) Trastornos visuales psicofísicos Otros trastornos de visión subjetiva (Halos visuales)
Diplopía (Visión doble)	
Otros trastornos de visión binocular y los no especificados	Trastorno de visión binocular no especificado Correspondencia anormal de retina Fusión con estereopsis defectuosa Percepción visual simultánea sin fusión Supresión de visión binocular
Defectos del campo visual	Defectos de campo visual no especificados Escotoma con afectación de zona central (Escotoma central) Escotoma del área del punto ciego (Agrandamiento de punto ciego) Defectos sectoriales o en arco (Escotoma arqueado/Escotoma de Bjerrum) Otro defecto localizado de campo visual (Defecto de campo visual periférico/ Escotoma en anillo NEOM/ Escotoma NEOM) Defectos de campos homónimos bilaterales (Anopia en cuadrante /Anopsia en cuadrante /Hemianopia homónima /Hemianopsia homónima) Defectos de campos heterónimos bilaterales (Hemianopsia (hemianopia) heterónima) Contracción generalizada de campo visual
Deficiencias en la percepción de los	Deficiencias no especificadas en la percepción de

colores (Daltonismo)	los colores (Ceguera para colores NEOM) Acromatopsia (monocromatismo) Deficiencia adquirida de visión de los colores Deuteranomalía (Deuteranopia) Protanomalía (Protanopía) Tritanomalía (Tritanopía) Otras deficiencias de visión del color
Ceguera nocturna	Ceguera nocturna no especificada Curva anormal de adaptación a la oscuridad Ceguera nocturna adquirida Ceguera nocturna congénita Otros tipos de ceguera nocturna
Deficiencias de sensibilidad visual	Sensibilidad al deslumbramiento Alteración de sensibilidad al contraste
Otros trastornos visuales	
Alteraciones visuales no especificadas	
Ceguera y baja visión	
Ceguera, ambos ojos	
Ceguera, un ojo, baja visión en el otro ojo	Ceguera, un ojo, baja visión en el otro ojo, ojos no especificados Ceguera, ojo derecho, baja visión en ojo izquierdo Ceguera, ojo izquierdo, baja visión en ojo derecho
Baja visión, ambos ojos	
Pérdida de visión no calificada, ambos ojos	
Ceguera, un ojo	Ceguera, un ojo, ojo no especificado Ceguera, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo Ceguera, ojo izquierdo, visión normal en ojo derecho
Baja visión, un ojo	Baja visión, un ojo, ojo no especificado Baja visión, ojo derecho, visión normal de ojo izquierdo Baja visión, ojo izquierdo, visión normal de ojo derecho
Pérdida de visión, un ojo	Pérdida de visión sin calificar, un ojo, no especificado Pérdida de visión sin calificar, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo Pérdida de visión sin calificar, ojo izquierdo, visión normal en ojo derecho
Pérdida de visión no especificada	
Ceguera legal, tal como se define en los EE.UU. (Ceguera NEOM según definición de EE.UU.)	

Figura 8. Clasificación alteraciones visuales y ceguera (CIE 10, 2ª edición, 2018).

Ahora bien, en párrafos anteriores hacíamos referencia al término discapacidad visual y su clasificación sin asumir la participación de la persona en la sociedad, más que como un mero órgano afectado sin tener en cuenta el contexto. Así, Barraga (1992) hizo una clasificación en función de las características educacionales de las personas con discapacidad, estableciendo tres grupos:

NIVELES DE DISCAPACIDAD VISUAL	CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES
Discapacidad visual moderada	Posibilidad de realizar tareas visuales con el empleo de ayudas e iluminación adecuadas similares a las que realizan los sujetos de visión normal.
Discapacidad visual severa	Pueden realizar tareas visuales requiriendo adecuación de tiempo, ayudas y modificaciones.
Discapacidad visual profunda	Dificultad para realizar tareas visuales gruesas e imposibilidad de hacer tareas que requieren visión de detalle.

Figura 9. Características educacionales de las personas con pérdida visual (Barraga, 1992).

Por otro lado, vamos a esclarecer lo referente a la discapacidad auditiva, los aspectos más relevantes de esta, así como su clasificación y etiología. Para entender el estado de la cuestión, haremos un breve repaso sobre el proceso de sonoridad para entender su naturaleza.

Pérdida auditiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018d) estima que más del 5% de la población mundial (466 millones de personas) padecen pérdida de audición discapacitante (432 millones de adultos y 34 millones de niños). Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40dB en el oído con mejor audición en los adultos, y superior a 30dB en el oído con mejor audición en los niños.

En nuestro país, la última encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), del Instituto Nacional de Estadística (2008), sitúa el número de personas con discapacidad auditiva de 6 o más años en torno al 19,42% de la población. Solo un 3,83 % son usuarios de lengua de signos. Por otro lado, la Encuesta nacional de salud (2017) indica que el 96,84% de la población de entre 15 a 24 años no presenta ninguna dificultad para oír, así como el 2,45% manifiesta alguna dificultad, el 0,64% de los jóvenes indican mucha dificultad y el 0,07% no pueden hacerlo (INE, 2019-relación a la encuesta de salud).

Según James O. Pickles (2012), en la cuarta edición de su libro “Una introducción a la fisiología del sonido”, es necesario analizar la sonoridad para entender su naturaleza. Así pues, el sonido es un fenómeno producido por la propagación de ondas sonoras en un espacio y tiempo determinado, que van acompañadas por ondas de desplazamiento de moléculas de aire que vibran alrededor de sus posiciones. Por tanto, la “audición normal” se desencadena debido a que “cualquier objeto que produzca un sonido, un timbre, un violín o la voz humana provoca vibraciones de aire. Nuestro oído está preparado para responder a estas vibraciones y transmitir esta información al cerebro donde será interpretada, se le dará un significado y

quizá se responda a ella” (Valmaseda, p. 225, 1995). No obstante, la diferencia entre las personas oyentes y las personas sordas, no es el mero hecho de no oír, sino la repercusión que pueda suponer para el desarrollo la pérdida de uno de los sentidos. En base a estas consideraciones, podemos decir que una persona sufre pérdida auditiva cuando se encuentra en una condición de discapacidad identificada por la limitación en la percepción del sonido de manera precisa, haciendo que una conversación básica resulte difícil de comprender, afectando per se, a la calidad socio-emocional de la persona (Campbell, Crews, Moriarty, Zack y Blackman, 1999; Olusanya, Ruben y Parving, 2006). La discapacidad auditiva engloba la sordera en un oído, sordera en ambos oídos, o cualquier otra dificultad para oír (Olusanya et al., 2006).

Para poder establecer una clasificación de la discapacidad auditiva, hemos de distinguir dos importantes variables en cuanto al sonido. Una de ellas es la frecuencia, entendida como el número de ondas producidas, pudiendo ser medida en ciclos por segundo o hercios (Hz). La otra particularidad importante del sonido es la amplitud o intensidad, relacionada con la magnitud de movimientos producidos (Pickles, 2012). Así pues, clásicamente, la sordera de un individuo ha sido descrita en términos de volumen en decibelios (dB) necesarios para escuchar unas frecuencias particulares (Baines, 2007). Una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB (OMS, 2016).

Siguiendo esta línea y como hemos mencionado antes, la discapacidad auditiva se refiere a la pérdida completa o parcial de la capacidad de oír en uno o ambos oídos, y en función de la audición que presente, podemos hacer distinción entre distintos **grados de la pérdida auditiva**: ligero, moderado, intenso, profundo (OMS, 2016): los niños con

discapacidad auditiva leve presentan una media de entre 26-40 dB. Estos niños poseen audibilidad completa del discurso conversacional y desarrollan habilidad del lenguaje oral de forma espontánea, ya que los efectos de la discapacidad son muy leves. Los niños con una pérdida auditiva de entre 41-60 dB se describen como discapacidad auditiva moderada y como normal general, si se les da la oportunidad, son capaces de lidiar con los programas de la escuela ordinaria. Se recomiendan ayudas auditivas y asesoramiento. Por otro lado, una pérdida auditiva de entre 61-80 dB, representa la discapacidad auditiva severa. Estos niños no desarrollan habilidades del lenguaje oral de manera espontánea. Son capaces de escuchar palabras cuando se les grita, por lo que los audífonos son necesarios para ellos. Por último, los niños con pérdida auditiva media de 81 dB en adelante, son descritos como discapacidad auditiva profunda. Los niños que se encuentran en esta categoría, incluso con ayuda disponible, no son capaces de escuchar, por lo que se recomienda rehabilitación y la enseñanza de lectura labial y lengua de signos. La mayoría de los alumnos con discapacidad auditiva profunda tendrá que asistir a una escuela especial (Perveen y Mustafa, 2013).

No discapacidad.	25 dB o más.	No presenta problema auditivos o muy bajos
Ligero	26-40 dB.	Dificultades para oír y comprender el habla suave, a una cierta distancia y el habla en entornos ruidosos.
Moderado.	41-60 dB.	Dificultades para oír el habla normal, incluso a corta distancia.
Intenso	61-80 dB.	Solo podrá oír el habla muy fuerte o los sonidos intensos. No oirá la mayor parte del habla en tono de conversación.
Profundo	81 dB o más.	Percibe los sonidos fuertes como si fueran vibraciones.

Figura 10. Grados de la pérdida de audición (OMS, 2016).

No obstante, cabe mencionar que la terminología “sordera” no equivale a un solo fenómeno, pues esta refleja en su etiqueta diferentes perspectivas que abarcan aspectos de audiometría, momento de aparición, estilo de comunicación, identidad y capacidad, haciendo que el término resulte inestable (Baines, 2007). A pesar de la heterogeneidad del término, y dado el interés del ser humano por la imposición de etiquetas que describen a las personas, podemos hacer una clasificación de los **tipos de pérdida auditiva**, en base a dos criterios: aparición de la pérdida auditiva y localización de la lesión (Valmaseda, p.226-227, 1995):

1. Atendiendo al momento en que acaeció la pérdida auditiva, podemos hacer diferenciación entre sordera prelocutiva (antes del desarrollo del lenguaje) y sordera poslocutiva (la pérdida auditiva aparece posterior a la adquisición del habla. El primer término estaría establecido, además, por un déficit sensorial, así como el segundo por una privación sensorial (Denmark, 1985).

2. Atendiendo a la localización de la lesión, tradicionalmente se diferencia entre sordera conductiva (o de transmisión), sordera neurosensorial (de percepción) y sordera mixta:
 - Sordera conductiva o de transmisión. La condición afecta a la progresión del sonido hacia el oído interno. Obstrucciones mecánicas en el oído externo o medio. La función neurosensorial está intacta, es decir, la traducción de señales y la interpretación de ellas en la corteza cerebral no presenta dificultad.

- Sordera neurosensorial o de percepción. Problemas en las estructuras finas del oído interno o en las vías de acceso al cerebro.
- Sordera mixta. En algunos casos, puede darse al mismo tiempo, una sordera neurosensorial junto a una sordera conductiva.

Aparición de la pérdida auditiva

- Sordera prelocutiva
- Sordera poslocutiva

Localización de la lesión

- Sordera conductiva o de transmisión
- Sordera neurosensorial o de percepción
 - Sordera mixta

Figura 11. Tipos de pérdida auditiva atendiendo al momento y localización de la lesión (Valmaseda, 1995).

Por otro lado, y como referente, volvemos a hacer mención a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 2ª edición, 2018) que categoriza la alteración de la audición y numera los trastornos del oído:

Trastorno del oído	
Pérdida auditiva conductiva y neurosensorial	Hipoacusia conductiva, bilateral/Hipoacusia conductiva, unilateral con audición contralateral conservada/Hipoacusia conductiva, no especificada/Hipoacusia neurosensorial, bilateral /Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición contralateral conservada Pérdida auditiva neurosensorial no especificada/Pérdida de audición neuronal/Pérdida de audición perceptiva/ Pérdida de audición sensorial/Sordera congénita/Sordera neurosensorial)/Pérdida de audición mixta, conductiva y neurosensorial, bilateral /Pérdida de audición mixta, conductiva y neurosensorial, unilateral con audición contralateral conservada Hipoacusia mixta, conductiva y neurosensorial, no especificada/Hipoacusia conductiva y neurosensorial con audición contralateral limitada
Otros tipos de pérdida de audición y los no especificados	Hipoacusia ototóxica Presbiacusia Hipoacusia súbita idiopática Sordomudez, no clasificada bajo otro concepto Otros tipos especificados de pérdida audición Hipoacusia, no especificada
Otalgia y secreción del oído	Otalgia/Otorrea/Otorragia
Otros trastornos del oído, no clasificados bajo otro concepto	Trastornos degenerativos y vasculares del oído Acúfenos [tinnitus] Acúfenos [tinnitus] pulsátiles Otras percepciones auditivas anormales Trastornos del nervio auditivo Otros trastornos especificados del oído Trastorno no especificado del oído
Otros trastornos del oído en enfermedades clasificadas bajo otro concepto	Neuritis del nervio auditivo en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas bajo otro concepto/Otros trastornos especificados del oído
Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto	Colesteatoma recurrente de cavidad posmastoidectomía Otros trastornos del oído y apófisis mastoides después de mastoidectomía Hemorragia y hematoma intraoperatorios del oído y apófisis mastoides que complican un procedimiento Punción y desgarro accidentales de oído y apófisis mastoides durante un procedimiento Hemorragia posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de un procedimiento Hematoma y seroma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de un procedimiento Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de oído y apófisis mastoides.

Figura 12. Alteración de la audición y trastornos del oído (CIE 10, 2ª edición, 2018).

Por último, hablaremos de las causas que preceden a la pérdida auditiva. Esta puede ser congénita o adquirida (OMS, 2018d):

- Causas congénitas: determinan la pérdida de audición en el momento del nacimiento o poco después. Éstas pueden obedecer a factores hereditarios y no hereditarios, o a complicaciones en el embarazo o el parto (infecciones durante el embarazo, bajo peso al nacer, asfixia durante el parto, uso inadecuado de ciertos medicamentos, ictericia grave durante el periodo neonatal).
- Causas adquiridas: pueden provocar la pérdida auditiva a cualquier edad debido a: algunas enfermedades infecciosas (meningitis, sarampión, parotiditis), a infecciones crónicas de oído, la presencia de líquido en el oído (otitis media), el uso de medicamentos ototóxicos a cualquier edad, traumatismos craneoencefálicos o de los oídos, exposición al ruido excesivo, obstrucción del conducto auditivo producido por cuerpos extraños o cerumen, así como por envejecimiento.

Por último, para el tema que nos ocupa, haremos referencia a los aspectos relacionados con la discapacidad física. En este apartado se expondrá, de manera generalizada, el conjunto de aspectos relacionados con la pérdida de la función motora. Cabe señalar que nuestro estudio no contempla la pérdida de las funciones intelectuales como condición comórbida a esta.

Pérdida de la función motora.

Los seres vivos se caracterizan por reaccionar a los cambios del entorno. Estos cambios son llamados **estímulos**. El estímulo provoca un cambio en la conducta del ser y se desencadena una **respuesta**. Bien es cierto, que la respuesta que emerge no tiene obligatoriamente que exteriorizarse de modo que pueda ser fácilmente captable por el observador. No obstante, al hablar de una respuesta visible, se afirma que siempre se manifiesta a través de un movimiento (Toledo, 1999):

ESTÍMULO-RESPUESTA

Asimismo, en los seres complejos se produce además, entre el estímulo y la respuesta, un proceso de elaboración de la misma. Por tanto, la conducta motora del sujeto es el resultado de (Toledo, 1999):

ESTÍMULO-PROCESAMIENTO-RESPUESTA (siendo la respuesta una conducta motora).

El esquema siguiente es el proceso muy resumido de cómo actúa el cuerpo ante un estímulo que se ha producido. Así, una vez que los sentidos detectan un cambio, estos mandan la información al Sistema Nervioso Central a través de los nervios sensitivos o sensoriales. Es entonces cuando se empieza a procesar en el Sistema Nervioso Central (formado por la médula espinal, el cerebro y el cerebelo) y se elabora una respuesta. Para hacer efectiva dicha respuesta, se transmite la orden a los nervios motores, para su posterior ejecución a través del sistema muscular y óseo. Se produce entonces, la respuesta motora que podemos observar externamente.

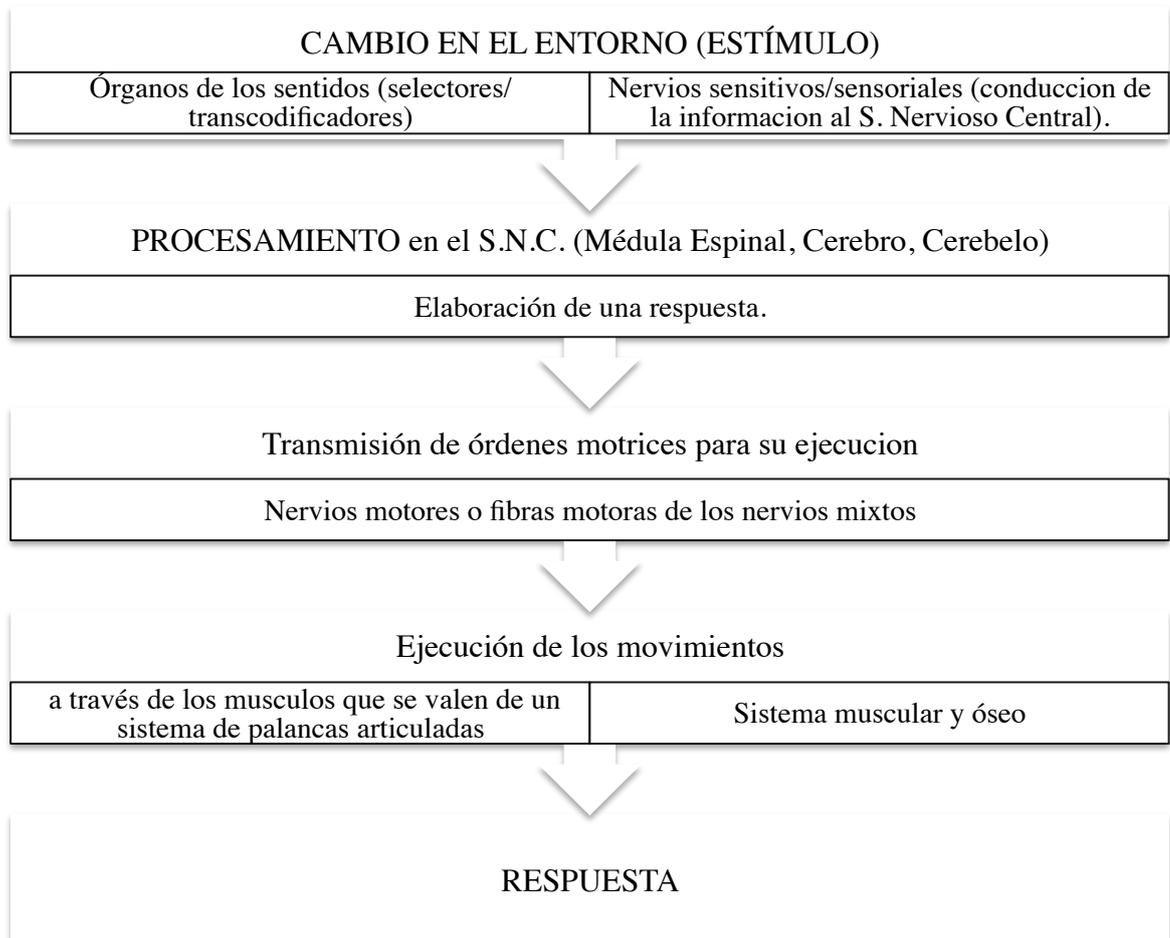


Figura 13. Desglose del proceso que sigue el hombre y animales superiores (Toledo, 1999).

Dentro de las discapacidades, las personas con discapacidad física representa el colectivo más numeroso debido a la enorme variabilidad de afecciones que podemos encontrar al hacer referencia a ella. Esto es debido a que existen varias agrupaciones en función a diversos criterios. Así, en un intento por categorizar la discapacidad motora, Martín-Caro (1993) (citado en Guerra y Portana, 2012), se atrevieron a definir a un niño con discapacidad motora como “todo aquel que presente de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo articular, muscular y/o nervioso y que, en grados variables, limita alguna de las funciones que pueden realizar el resto de los niños de su misma edad”. Así con esta definición, no solo se hace referencia al déficit presente en alguno de los órganos de la persona, sino que además, tiene en cuenta la conducta del individuo en términos sociales y de adaptación.

Como hemos explicado antes, el movimiento empieza a elaborarse a partir de una sensación percibida, y en consecuencia, los déficit motores pueden deberse a una disfunción en cualquiera de los pasos de la cadena descrita anteriormente (Toledo, 1999):

- Déficit en los músculos o articulaciones. Una persona con discapacidad motora puede presentar alteraciones en los sistemas óseo o muscular. Ejemplo: agenesias o atrofas y distrofias musculares de origen miógeno.
- Nervios motores. La afectación de un nervio motor produciría parálisis periférica. Los músculos regidos por el nervio afecto dejarán de funcionar o lo harán mal.

- Lesión en la médula espinal. La médula espinal forma parte del Sistema Nervioso Central, que elabora y procesa la información. La afectación de la misma puede ser múltiple, algunos ejemplos causados por esta lesión serían: poliomielitis, atrofas o distrofias musculares de origen espinal o neurógeno, tetraplejias, espina bífida, hidrocefalias,...
- El cerebelo. Forma parte del Sistema Nervioso. Estructura muy importante para la movilidad: prepara la situación de los músculos ejecutores y adecúa las órdenes para que sean cumplidas.
- El cerebro es el principal órgano procesador de la información, de manera que, la afectación cerebral influye en los movimientos de manera muy diversa, en función de la localización de la lesión.
- Déficit en los órganos de los sentidos y nervios sensitivos. Esto impediría la captación de la sensación del cambio producido, y como consecuencia repercutiría en la respuesta motora.

Por otro lado, y más recientemente, en un intento por categorizar la discapacidad motora, podemos establecer una clasificación en función de la localización de la lesión. Esta puede ser con afectación cerebral o sin afectación cerebral (Guerra y Portana, p.28-29, 2012).

SIN AFECTACIÓN CEREBRAL	CON AFECTACIÓN CEREBRAL
<p>De origen espinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poliomielitis - Espina bífida - Lesiones medulares degenerativas *Enfermedad de Weding-Hofman/Síndrome de Wolhfarth-Kugelberg/Esclerosis lateral amiotrófica/Ataxia de Fiedrich - Traumatismos medulares 	<p>De origen cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos cráneo encefálicos - Tumores - Parálisis cerebral
<p>De origen muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distrofia muscular de Duchenne/Distrofia muscular de Becker/Distrofia muscular de Emery-Dreyfus - Limb Girdle (distrofia de cintura) - Distrofia facioescapulohumeral - Síndrome escapuloperoneal - Distrofia muscular distal - Distrofia oculofaringeal - Distrofia ocular - Distrofia muscular congénita - Distrofia muscular o enfermedad de Steiner 	
<p>De origen oseoarticular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malformaciones congénitas *Amputaciones/Agnesia de miembros/Luxación congénita de cadera/Artrogriposis - Malformaciones distróficas *Condodistrofia/Osteogénesis imperfecta - Malformaciones microbianas *Ostiomiелitis aguda/Tuberculosis osteo articular - Reumatismos de la infancia *Reumatismo articular agudo/Reumatismo crónico - Lesiones osteoarticulares *Desviaciones de columna/Enfermedades de la cadera/Anomalías de la rodilla/Anomalías del pie/Anomalías de las extremidades superiores 	

Figura 14. Clasificación de los trastornos motores (Guerra y Portana, p.28-29, 2012).

Por último, y dada la heterogeneidad del concepto, cabe mencionar la diferenciación de una serie de trastorno motores que son establecidos en el DSM-5 (2013) y que tienen afectación en el desarrollo de la función motora:

- **Trastorno del desarrollo de la coordinación:** el individuo no cumple con los hitos de desarrollo motor en cuanto a la adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas, manifestándose torpeza (dejar caer o chocar con objetos) y lentitud de precisión en la realización de habilidades motoras (coger un objeto, utilizar las tijeras o cubiertos,...).

- **Trastorno de movimientos estereotipados:** referido este al comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse o golpearse el propio cuerpo), interfiriendo en las actividades sociales, académicas u otras y pudiendo dar lugar a autolesiones.

- **Trastorno de tics:** tics motores o vocales que aparecen antes de los 18 años de manera persistente o puntual:
 - o Trastorno de Tourette.
 - o Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).
 - o Trastorno de tics transitorio.
 - o Otro trastorno de tics especificado.
 - o Trastorno de tics no especificado.

Con la pretensión de establecer una prevalencia aproximada a la discapacidad motora, y a falta de datos que respalden las cifras, hacemos mención a la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) que publicadas las cifras en el Instituto Nacional de Estadística, al seleccionar las diferentes categorías que más se acercan al tema que nos ocupa, podemos contabilizar las siguientes alteraciones:

Referente a menores de 5 años, aparecen datos de niños con deficiencia osteoarticular (5,500) y con deficiencia del sistema nervioso (9,600).

Por otro lado, se hace una distribución de personas de entre 6 y 64 años más variada en cuanto a los datos que se presentan. Así, contabilizaron las cifras más altas para personas con deficiencia osteoarticular (515,900), seguida de personas con deficiencias en la columna vertebral (279,400) y el sistema nervioso (235,900). Además, se estableció el número de personas con alteración en las extremidades superiores (152,500) e inferiores: (161,600); con trastornos de la coordinación de movimiento y/tono muscular (136,900); contabilizando las cifras más bajas para el número de personas con parálisis de una extremidad inferior (15,800), paraplejia (15,700), parálisis de una extremidad superior (14,200) y tetraplejia (7,100).

Por otro lado, haciendo referencia a la Encuesta nacional de salud (2017) publicados los datos por el Instituto Nacional de Estadística (2019), estimó que el 97,85% de los jóvenes entre 15 y 24 años en el momento de la encuesta, no presentaba ninguna limitación en la movilidad, seguidos los porcentajes del 1,44% con alguna dificultad, del 0,40% con mucha dificultad y el 0,31% de la población no puede hacerlo.

Heterogeneidad del desarrollo humano.

Generalmente, los niños con discapacidad son más propensos a desarrollar problemas de conducta que los niños con desarrollo neurotípico, mostrando mayores problemas de conducta, relaciones interpersonales más pobres, peores habilidades sociales y de autorregulación (McIntyre, Blacher y Baker, 2006). Podemos afirmar, que una persona con discapacidad se encuentra a lo largo de su vida con numerosas barreras personales, sociales, ambientales y políticas que influyen en las actividades que estos puedan realizar (Shields, Synnot y Barr, 2012) presentando un autoconcepto académico y emocional más bajo que sus compañeros sin discapacidad (Polo y López-Justicia, 2012). Además, las personas con discapacidad son un colectivo vulnerable en términos de victimización, y son más vulnerables a sufrir *bullying* a lo largo de sus vidas (Dane-Staples, Lieberman, Raticiff y Rounds, 2013; Farmer et al., 2012). Podemos decir que, en general, la evidencia enfatiza sobre la idea que el colectivo de niños con algún tipo de discapacidad presentan más problemas de conducta que los niños sin discapacidad (Will y Wilson, 2014).

En la línea de los trastornos internalizantes (incluyendo depresión, ansiedad, somatización e interiorizar problemas) (Reynolds y Kamphaus, 2004) algunos autores muestran que hay significativamente más síntomas de ansiedad y depresión en los grupos de personas con pérdida auditiva (Theunissen et al., 2014) y discapacidad física y visual (Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Noh, Kwon, Park, Oh y Kim, 2016). Se conoce que las

personas con discapacidad física o sensorial presentan una incidencia de depresión 3.7 veces mayor que la población general (Shen, Huang, Kung, Chiu y Tsai, 2017). Además, Kushwaha, Sinha Deb, Chadda y Mehta (2014) relacionaron la discapacidad con un aumento significativo de síntomas somáticos, duración de la enfermedad y síntomas depresivos y de ansiedad.

En cuanto a la situación educativa existe una considerable carencia de información en la que se encuentran las personas con discapacidad. En España, la principal fuente de datos sobre discapacidad se la debemos a la antigua Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Según dicha encuesta, la tasa de escolarización de los niños con discapacidad con edades comprendidas entre 6 y 15 años, era del 97% en el curso 2007-2008, de los cuales el 45,9% se encontraba en un centro ordinario y el 19,1% en un centro de educación especial.

Por otro lado, el último Informe del Consejo Escolar del Estado (2018) estableció una tasa de escolarización del 83,5% del alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) en centros ordinarios, en el curso 2016-2017, lo que supone un total de 217.416 personas, destacando a nivel nacional los porcentajes de integración del alumnado con trastornos graves de conducta/personalidad (96,8%), discapacidad visual (96,0%) o auditiva (94,3%). En dicho informe, se aprecia que la Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de integración fue Galicia (92,3%), seguida de Navarra (90,8%) y Comunidad Valenciana (89,4%).

No obstante, los porcentajes de alumnado escolarizado no son tan elevados si nos centramos en la distribución de estudiantes universitarios con discapacidad. En este sentido, desciende considerablemente el porcentaje de alumnado con discapacidad en estudios superiores. El Observatorio Estatal de la Discapacidad, en su informe Olivenza (2017) reveló que la tasa de abandono de las personas con discapacidad de entre 18 a 24 años es del 43,2%, frente al 25,2% de las personas sin discapacidad que abandonan sus estudios. Dicho informe, en su actualización de 2018 estableció una comparativa entre jóvenes con y sin discapacidad por nivel de estudios, destacando que el 5,9% de las personas con discapacidad no tienen estudios frente al 0,4% de personas sin discapacidad que no han estudiado. Por otro lado, la distribución de personas con discapacidad con Educación Primaria es del 22,9%, frente al 8,9% de jóvenes sin discapacidad, seguido de estudios secundarios con porcentajes de 56,2% para las personas con discapacidad y de 56,7% para las personas sin discapacidad. Por último, el informe Olivenza (2018) destaca el 15% de personas con discapacidad en estudios superiores, frente al 33,9% de personas sin discapacidad. El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018) contabilizó las cifras más altas en estudios superiores en el año 2017 para la discapacidad visual (23,4%), seguida de la discapacidad auditiva (21,5%), la discapacidad física (20,3%) y mental (18,6%). Generalmente, el nivel de estudios de las personas con discapacidad es más elevado en secundaria y programas de formación e inserción laboral, en el que encontramos unos porcentajes del 60% para la discapacidad mental, del 59% para discapacidad física, seguido de la discapacidad auditiva (57,9%) y la visual (54,4%), y el 37,3% con respecto a la discapacidad intelectual (INE, 2019).

Además, en un estudio llevado a cabo por Sánchez y Carrión (2010) se manifestó que solo el 36,3% de los estudiantes universitarios con discapacidad estaban de acuerdo con la idea de

que su integración estaba asumida por la comunidad universitaria y un 60,6% pensaban que no tenían las mismas oportunidades y posibilidades de promoción que sus compañeros. De manera similar, el Informe Olivenza (2017) del ya citado Observatorio Estatal de la Discapacidad, contabilizó que el 69,5% de los estudiantes con discapacidad de entre 16 a 64 años indicaron haber experimentado barreras en sus procesos formativos, aludiendo principalmente a razones de tipo económico (32%). Siguiendo la misma línea, Fleming, Edwin, Hayes, Locke y Lockard (2018), revelaron las preocupaciones de los estudiantes universitarios con discapacidad, indicando que sus inquietudes eran muy similares con respecto al trato de sus compañeros, pero mostraron mayores problemas de depresión y autolesiones, resultados académicos, ansiedad y obsesiones/compulsiones, y muy poca preocupación en lo que respecta a problemas relativos a relaciones.

Esto sugiere la errónea utilización del concepto inclusión para hablar de un término más superficial: la integración. En este sentido, inclusión e integración difieren en su representación, entendiendo la inclusión como un cambio en las escuelas para asegurar que cada niño participe en la comunidad escolar (Hodkinson y Deverokonda, 2011). En este sentido, la UNESCO (2017) advierte el fomento de una educación basada en los principios de inclusión y equidad, entendidos estos como la garantía de los estudiantes con discapacidad para superar los obstáculos y considerar la educación de todos igual de importante. Estaríamos hablando no solo de asegurar el acceso a la educación, sino también de prestar los espacios de aprendizaje y pedagogías de calidad que permitan a los estudiantes progresar, comprender sus realidades y trabajar por una sociedad más justa.

En cuando a los niños con **discapacidad visual**, cabe mencionar que presentan el mismo potencial de desarrollo que las personas sin discapacidad. No obstante, la pérdida visual puede obstaculizar la relación de la persona con el medio (Shon, 1999), ya que la pérdida de visión interfiere en la manera en la que estos niños exploran el mundo. En este sentido, las personas con discapacidad visual pueden ver afectados diferentes dominios de su desarrollo debido a la pérdida de uno de los sentidos con el que las personas recibimos información. Así pues, este colectivo presenta dificultades en la adquisición de habilidades motoras y desplazamiento, el lenguaje y la comunicación y la socialización y adaptación (Adelson y Fraiberg, 1974; Brambring, 2006; Hatton, Bailey, Burchinaland y Ferrell, 1997; James y Stojanovik, 2007; Tadić, Pring y Dale, 2010; Troster, Hecker y Brambring, 1994).

Por otro lado, Papuda-Dolińska (2017) llevó a cabo un estudio en el que participaron profesores de las diferentes escuelas en las que se encontraban estudiantes con discapacidad, informando desde la perspectiva de los docentes que son varios los obstáculos que dificultan el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes con pérdida visual en torno a dos categorías: derivadas de su discapacidad y derivadas del funcionamiento de la escuela. En este sentido, los maestros de escuelas inclusivas informaron dificultades en la enseñanza de estos estudiantes debido a un ritmo lento de trabajo, una forma específica de adquirir información y baja motivación. Los maestros de escuelas ordinarias y escuelas integradas manifestaron que los problemas acontecían debido a la falta de medios y dispositivos para atender a los estudiantes con discapacidad visual, así como a la necesidad de individualización y problemas de conducta de estos. Por último, los maestros de centros de educación especial experimentaban las dificultades de este grupo con menos frecuencia, aunque informaron que

presentaban un ritmo de trabajo lento, problemas de conducta y necesidad de ajuste de los materiales. Con todo, se hace necesaria la adecuación de recursos para la atención del alumnado con discapacidad visual, en términos tanto materiales como personales, ya que en algunas ocasiones, la administración y los maestros no disponen de medios para su atención (de Verdier y Ek, 2014), haciendo necesario un mayor y mejor apoyo a estos estudiantes. No obstante, a pesar de las barreras percibidas y las dificultades que encuentran los estudiantes con discapacidad, un estudio llevado a cabo por Hadidi y AlKhateeb (2014) reveló que los estudiantes con discapacidad visual informaban recibir un mayor apoyo social que los estudiantes sin discapacidad. Por otro lado, los padres de niños con discapacidad visual declaran una mayor frecuencia en comportamientos estereotipados y autolesiones que los niños sin discapacidad, relacionado este con la competencia cognitiva y adaptativa y social (Sarimski y Lang, 2017), más pobre en los niños con discapacidad visual, ya que la pérdida de visión trae consigo experiencias sociales insuficientes y desfavorables que afecta al desarrollo de su conducta (Runjic, Prcic y Alimovic, 2015) y a la calidad de la participación social y la relación entre iguales iguales (Caballo y Verdugo, 2007). Además, la pérdida de visión puede afectar también a la independencia de una persona para la realización de las actividades de la vida diaria y la socialización, afectando a su rendimiento y retraso en el desarrollo (Papadopoulos, Metsiou y Agaliotis, 2011).

Con todo, cabe esperar que las personas con discapacidad visual presenten peores resultados en cuanto al desarrollo del autoconcepto y la autoestima percibida (Halder y Datta, 2012; López-Justicia, Pichardo, Amezcua y Fernández, 2001; Mishra y Singh, 2012), ya que la pérdida de visión aísla a la persona sensorial, física y socialmente y esto repercute en el

desarrollo de problemas de ansiedad y el ajuste de la personalidad (Mishra y Singh, 2012). Además, existen diferencias entre el colectivo con discapacidad visual y sin discapacidad en cuanto a la apariencia física, la popularidad, la felicidad y la satisfacción (Halder y Datta, 2012).

En el término opuesto, otros estudios como el de Huurre y Aro (1998) no encontraron diferencias significativas entre adolescentes con y sin discapacidad visual en la frecuencia de la depresión, el estrés o las relaciones con sus padres y hermanos, pero sí informaron presentar con más frecuencia sentimientos de soledad y dificultades en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones de amistad. De la misma manera, y más recientemente, Bolat, Dogangun, Yavuz, Demir, y Kayaalp (2011) tampoco encontraron diferencias en el colectivo de discapacidad visual en la escala de autoconcepto, en términos de depresión, felicidad, apariencia física, popularidad o comportamiento, pero sí presentaron peores puntuaciones los adolescentes con discapacidad en los niveles de ansiedad experimentados en comparación con sus pares videntes. Igualmente, existen estudios concluyentes que muestran la ausencia de diferencias entre grupos con y sin discapacidad visual en el desarrollo de la autoestima, la empatía y la búsqueda de la identidad (Griffin-Shirley y Nes, 2005; Huurre, Komulainen y Aro, 1999; Lifshitz, Hen, y Weisse, 2007; Pinquart y Pfeiffer, 2013).

No obstante, la evidencia certifica que la discapacidad visual es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Harris y Lord, 2016), ya que los niños con discapacidad presentan mayores dificultades emocionales y psicopatológicas que los niños sin discapacidad

(Garaigordobil y Bernarás, 2009; Pinguart y Pfeiffer, 2012), y más miedo a hacerse daño que el colectivo sin discapacidad (Visagie, Loxton, Ollendick y Steel, 2013).

De igual modo, los diferentes estudios a lo largo de los años, han puesto de manifiesto que la vida de las personas con **problemas de audición** se enfrentan a retos especiales, aseverando múltiples problemas para su desarrollo comunicativo, cognitivo, socioemocional, (Dalton, 2011; Theunissen et al., 2014b) su bienestar psicosocial, calidad de vida e independencia económica (Olusanya, Neumann y Saunders, 2014). Por su parte, Cieśla, Lewandowska y Skarżyński (2016) evaluaron la angustia mental y la calidad de vida relacionada con la salud (salud física y psicológica) en un grupo de pacientes con sordera bilateral parcial revelando que los pacientes con pérdida auditiva mostraban puntuaciones significativamente mayores que el grupo de audición normal en la escala de depresión. A su vez, las puntuaciones eran más bajas en la escala de calidad de vida. De la misma manera, Cetin, Uguz, Erdem y Yildirim (2010) revelaron que los pacientes con discapacidad auditiva tenían niveles significativamente peores en cuanto a la calidad de vida en términos físicos, sociales y psicológicos, y sus niveles de ansiedad y depresión eran más altos. Incluso cuando la pérdida auditiva es adquirida, se ha mostrado que existe un mayor porcentaje de diagnóstico previo del trastorno de ansiedad para los sujetos con hipoacusia (Chung, Hung, Lin y Sheu, 2015).

Otros estudios como el de Černelič (2009) muestran la ausencia de estas diferencias entre jóvenes sordos y oyentes en variables como la ansiedad, depresión, ira, preocupación, angustia sexual o estrés emocional. Además, los niveles de ansiedad experimentados por niños con implantes cocleares son similares a los desarrollados por niños oyentes (Theunissen et al., 2012). También, De Giacomo et al. (2013) evaluaron las habilidades cognitivas, la adaptabilidad y las habilidades emocionales y sociales de niños sordos con implantes cocleares, mostrando que el 55% de los niños mostraba puntuaciones en el rango normal de inteligencia no verbal, el 40% se encontraba en el límite y el 5% presentaba un rango leve, sin diferencias significativas con el grupo control. No obstante, obtuvieron peores puntuaciones en aspectos emocionales y problemas de relación.

Una queja muy común asociada a los individuos que se encuentran en condiciones crónicas de salud, ha sido la fatiga subjetiva (Hardy y Studenski, 2011) de manera que, se ha estado especulando durante mucho tiempo sobre cómo los niños con pérdida auditiva están en mayor riesgo de fatiga y sus efectos negativos, ya que éstos, deben hacer un mayor esfuerzo que sus compañeros oyentes (Hicks y Tharpe, 2002) debido a las constantes demandas del proceso del habla (Hornsby, 2013). Esto es debido a un claro aspecto disparado entre niños oyentes y niños con pérdida auditiva: el lenguaje.

En la misma línea, la mayoría de los estudios manifiestan que los niños con pérdida auditiva neurosensorial, presentan una tasa más elevada de dificultades psicosociales y problemas de conducta externalizantes, en comparación con los estudiantes oyentes (Dammeyer, 2010; Fellingner, Holzinger, Sattel y Laucht, 2008; Hintermair, 2007; Van Eldik, Treffers, Veerman y Verhulst, 2004). De la misma manera, Barker et al. (2009) informaron que los chicos con pérdida auditiva manifestaron mayor prevalencia de problemas de

conducta que los chicos sin discapacidad en las escalas de atención, internalización y oposición. Sin embargo, el estudio no mostró diferencias significativas en la conducta agresiva de los chicos con discapacidad auditiva.

En un estudio llevado a cabo por Masten, et al. (2005), se puso de manifiesto el impacto negativo de los problemas externalizantes, evidenciando su repercusión en la competencia académica del individuo, segregándose posteriormente, efectos negativos sobre la internalización de los problemas en la edad adulta. De igual modo, algunos investigadores han entrelazado los problemas en el desarrollo de la competencia social que presentan los niños con discapacidad auditiva, con el desarrollo de la competencia académica (Welsh, Parke, Widaman y O'Neil, 2001), haciendo que los niños con discapacidad estén en riesgo de no cumplir su potencial educativo, trayendo consecuencias negativas en sus vidas (Kuper et al., 2014). De manera paralela, los resultados de un estudio llevado a cabo por Polat (2003), mostraron la importancia de las variables relativas a los docentes en el ajuste psicosocial de los alumnos con discapacidad auditiva, destacando la importancia de la formación del profesorado en habilidades y conocimientos necesarios como herramientas para la atención a las necesidades de los estudiantes con pérdida auditiva y el crecimiento óptimo de los estudiantes.

Por otro lado, cabe esperar, que las personas con discapacidad auditiva se encuentren en una mayor condición de vulnerabilidad en cuanto a su autoestima, ya que han de enfrentarse con múltiples desafíos que subyacen su situación (Polat, 2003), desprendiéndose así, dificultades para mantener amistades y encontrándose en situación de riesgo de *bullying*

(Kouwenberg, Rieffe, Theunissen. y de Rooij, 2012). En cuanto al establecimiento de relaciones sociales, Bobzien et al. (2013) observaron que, en las aulas de preescolar, los niños con discapacidad auditiva estaban más interesados en jugar con los materiales de clase que en interactuar con otros niños. No obstante, cuando se creaba una situación de juego específico y planeado, se producía la interacción espontánea entre los niños con y sin discapacidad auditiva. En España, Rom y Silvestre (2011) pusieron de manifiesto que las relaciones de amistad entre alumnos sordos y alumnos oyentes eran similares, aunque se observaba en los adolescentes con sordera más jóvenes una menor frecuencia de las relaciones fuera de la escuela y relaciones más débiles de amistad y de pareja. Con todo, podemos afirmar que los adolescentes con discapacidad auditiva tienen menos amigos y son menos propensos a ser líderes del grupo de iguales (Pinquart y Pfeiffer, 2014), a pesar de que Paatsch y Toe (2014) mostraron en sus estudios que estos niños desarrollaban una gama más amplia de habilidades pragmáticas: hacían más preguntas y comentarios personales, iniciaban más temas de conversación y tomaban turnos más largos en sus conversaciones. Por otro lado, Xie, Potměšil y Peters (2014) revelaron que los niños con discapacidad auditiva se enfrentan a grandes dificultades en la comunicación, iniciación/entrada, y el mantenimiento de las relaciones con sus compañeros oyentes en ambientes inclusivos.

En este sentido se ha estudiado las posibles dificultades de aprendizaje en niños con discapacidad auditiva y se ha comparado la realización de las tareas entre niños con y sin discapacidad. La literatura muestra diferencias significativas entre ambos grupos, manifestándose puntuaciones más bajas para el colectivo con discapacidad en la realización de actividades que implican habilidades matemáticas (Barbosa, 2013), narrativas (Boons et al., 2013; Park, 2015; Soares, de Goulart y Chiari, 2010), simbólicas (Rodríguez-Santos,

Calleja, Garcia-Orza, Iza y Dams, 2014), fonológicas y de memoria de trabajo (Mokhlesin, Kasbi, Ahadi y Sojoudi, 2015) y almacenamiento (Nittrouer, Caldwell-Tarr y Lowenstein, 2013). Además, las personas con discapacidad auditiva son más propensas a cometer errores ortográficos, lo que señalaría los déficits que presentan en cuanto al conocimiento fonológico, semántico y morfológico (Bowers, McCarthy, Schwarz, Dostal y Wolbers, 2014).

Para terminar, según Leigh (2009), la percepción individual de la identidad de un niño con discapacidad auditiva, es la interacción de factores tales como el aislamiento, la afiliación, el lenguaje, la comunicación, la capacidad de oír y su medio ambiente; existiendo una ineludible interrelación entre todos los aspectos que rodean la vida del niño.

También se conoce que los jóvenes con **discapacidad motora** muestran puntuaciones más altas en términos de problemas emocionales y de comportamiento (Crane, Sumner y Hill, 2017) pudiendo afectar per se a la internalización de problemas, la competencia académica percibida y la relación con sus iguales (Mancini, Rigoli, Roberts, Heritage y Piek 2018; Wagner, Bös, Jascenoka, Jekauc y Petermann, 2012).

No obstante, y a pesar de la escasez de estudios acerca del desarrollo de las personas con discapacidad motora, las conclusiones de los mismos revelan que la prevalencia de problemas de conducta en niños con discapacidad física es más alta que en los chicos sin discapacidad (Colver, 2010) y estos presentan en un alto porcentaje problemas psicológicos o dificultades sociales (Hinton, Nereo, Fee y Cyrulnik, 2006; Parkes et al., 2008; Van Handel, Swaab, de Vries, Jongmans, 2010) como problemas con los compañeros (Brossard-Racine et al., 2012), un mayor deterioro cognitivo (Sigurdardottir et al., 2008) y mayores problemas

relacionados con la salud, como por ejemplo, el uso de tubos para la alimentación o el mayor uso de medicamentos a lo largo de sus vidas (Liptak et al., 2001), problemas de ansiedad y depresión, dificultades en la regulación de la atención (Van Handel et al., 2010), así como en la externalización de problemas (Hendriks, De Moor, Oud, Franken y Savelberg, 2001) como la hiperactividad (Brossard-Racine et al., 2012; McDermott et al., 1996; Parkes et al., 2008) o comportamiento agresivo (Sigurdardottir et al., 2010) en comparación con las personas sin discapacidad.

Un estudio llevado a cabo por Nadeau y Tessier (2006) reveló que las experiencias sociales de los chicos con discapacidad motora difieren de sus compañeros sin discapacidad. En este sentido, mostraron diferencias entre ambos grupos con respecto al estatus social, el número de amistades, la sociabilidad y el liderazgo, conductas de aislamiento social y victimización verbal y física. A pesar de que los chicos con discapacidad motora participan en una amplia gama de actividades de ocio, se conoce que la participación es menor en actividades basadas en habilidades y destrezas físicas (Majnemer et al., 2008). Las limitaciones en las actividades están asociadas a la motivación de la persona, y en este sentido, se conoce que los chicos con parálisis cerebral presentan un bajo nivel de persistencia en tareas que requieren de resolución de problemas (Majnemer, Shevell, Law, Poulin, Rosenbaum, 2010). No obstante, las limitaciones en la movilidad y la restricción de las actividades pueden no afectar a la calidad de vida de los niños con discapacidad física, ya que estas dificultades afectarían a su bienestar físico, no psicosocial (Majnemer, Shevell, Rosenbaum, Law, Poulin, 2007).

Así, Sigurdardottir et al. (2010) mostraron que los chicos con discapacidad motora, en este caso parálisis cerebral, presentaban mayores puntuaciones en todas las escalas totales de problemas de comportamiento en comparación con el grupo control, en concreto, presentaron mayores problemas de atención, conductas de aislamiento, comportamiento agresivo y síntomas de depresión y ansiedad, pero no reveló diferencias entre ambos grupos en relación a síntomas somáticos. Siguiendo la misma línea, los chicos con parálisis cerebral presentan un deterioro significativamente mayor en el desarrollo de las funciones ejecutivas y la inhibición y el desplazamiento; así como en el desarrollo de la atención sostenida y dividida, sin encontrar dificultades con respecto al funcionamiento cognitivo verbal (Bottcher, Flachs y Uldall, 2010). Por otro lado, al comparar los niveles de depresión entre personas con y sin discapacidad física, los resultados muestran que las personas con discapacidad, presentaban un nivel más alto en términos de depresión, (Bhattacharjee y Chhetri, 2014) siendo la discapacidad un factor de riesgo para su posible desarrollo (Balázs et al., 2018; Noh et al., 2016). Van den Heuvel, Jansen, Reijneveld, Flapper y Smits-Engelsman, (2016) evaluaron los niveles de ansiedad en personas con discapacidad física, sin revelar diferencias significativas en cuanto al bienestar subjetivo, sin embargo, mostraron niveles de ansiedad más altos, que el grupo sin discapacidad, pudiendo afirmar que los trastornos físicos y la ansiedad son frecuentemente comórbidos, así como los problemas psicosociales.

Por otro lado, Varsamis y Agalotis (2015) evaluaron los diferentes aspectos de la autorregulación en jóvenes con discapacidad motora congénita, mostrando que los estudiantes con discapacidad motora leve presentaban un autoconcepto y autorregulación positiva, independientemente de su nivel cognitivo y los estudiantes con discapacidad motora grave, pero sin dificultades cognitivas, presentaban un negativo, aunque realista, autoconcepto y

autorregulación. Por último, determinaron que los jóvenes con discapacidad motora grave y dificultades cognitivas leve-moderadas, presentaban un perfil de autorregulación positivo, aunque no realista. Con todo, se habla de la importancia de un diagnóstico temprano, ya que tales problemas tienen implicaciones psicopatológicas en la edad adulta (Hauser-Cram y Woodman, 2016).

Un inopinado modelo de familia.

Un gran número de estudios intentan arrojar luz sobre los estilos parentales y otras variables que intervienen en la relación padres-hijos, pero no muchos investigadores tienen en cuenta la condición “discapacidad” como elemento modulador (Raya, Ruiz-Olivares, Pino y Herruzo, 2013a). Así, al hablar de la familia, Palacios y Rodrigo (1998) (citado en Perpiñan, 2009), la definen como “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”.

Con todo, la crianza de un niño es un proceso complejo, más aún cuando se trata de la incorporación a la unidad familiar de un niño con discapacidad. Es entonces, cuando las complejidades del sistema de la familia y sus necesidades pueden aumentar, desprendiéndose comportamientos de enseñanza diferenciales entre hermanos de una misma familia, observándose una tendencia a favorecer de diversas maneras al hijo con discapacidad (Rivers

y Stoneman, 2008; Sterling, Barnum, Skinner, Warren y Fleming, 2012). Asimismo, podemos hablar de una serie de necesidades de carácter económico, educativo, afectivo y social, que de manera general, comparten todas las familias. No obstante, como hemos mencionado, existen otra serie de necesidades específicas añadidas que se derivan de la discapacidad de alguno de los miembros de la familia, y estas podrían ser (Perpiñan, 2009, p. 93-96):

- Necesidad de apoyo emocional por parte de todos los miembros de una familia (padres, hermanos, abuelos,...).
 - o Necesitan expresar sus emociones y ser escuchados.
 - o Necesitan compartir sus experiencias con otras familias que han atravesado una situación similar.
 - o Necesitan que se interpreten adecuadamente sus acciones de búsqueda.
 - o Necesitan que se acepte el momento concreto por el que están atravesando.
 - o Necesitan descubrir que tienen capacidad de atender al hijo que presenta el trastorno y al resto de los miembros de la familia.

- Necesidad de orientación sobre la discapacidad concreta, información sobre métodos de actuación y se les apoye en la toma de decisiones.

- Necesidad de apoyo y servicios especializados: tendrán que llevar al hijo con discapacidad a Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) o servicios de rehabilitación, logopedia, etc. Además, la escolarización del pequeño

requiere de un proceso diferente, para el cual es necesario un mayor intercambio de informaciones, así como de actitudes que faciliten la adaptación.

- Necesidad de tiempo para poder hacer uso de todos los recursos mencionados anteriormente. En algunas ocasiones, los padres se ven obligados a ausentarse del trabajo, pedir permisos o incluso dejar su puesto de trabajo, para poder atender al hijo con discapacidad, así como asistir a tratamientos o consultas.

- Necesidad de acceder a materiales específicos: prótesis, silla de ruedas, asientos adaptados, etc.; además de la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar o disponer de un vehículo adaptado o personas que colaboren en las tareas. Esto supondría un gasto económico añadido para la familia.

- Necesidad de implicación activa en el proceso de Atención Temprana y la actuación lo antes posible para favorecer el desarrollo de su hijo.

Ante las nuevas necesidades que se incorporan al entorno familiar, se suma el desconcierto y el desconocimiento de encontrarse inmersos ante una situación inesperada frente la que lidiar diariamente. Con todo, una vez que reciben el diagnóstico sobre algún tipo de trastorno o discapacidad en el hijo, los padres atraviesan una serie de fases emocionales y de reajuste a la nueva realidad (Perpiñan, 2009):

FASES	SITUACIÓN	SENTIMIENTOS
1. Fase de shock	Reciben la información.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pánico: miedo en un alto grado. ▪ Rabia frente a la situación. ▪ Culpa: buscan una causa. ▪ Bloqueo que se desencadena ante tal cúmulo de respuestas emocionales. ▪ Depresión: tristeza intensa ante la nueva situación. ▪ Desintegración: su estructura de personalidad se descompone y pierden la seguridad en todo. ▪ Negación: como mecanismo de defensa cognitiva. Niegan la realidad.
2. Fase de reacción	Empieza a descender el bloqueo y la confusión inicial. Empiezan a valorar el diagnóstico. Se inicia el proceso de cambio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miedo: los padres seleccionan informaciones y aparecen los prejuicios sobre la discapacidad. ▪ Enfado: momento de duelo. Se dan cuenta de que su hijo no se corresponde con la idea que tenían. ▪ Culpa derivada de pensamientos autodestructivos. ▪ Tristeza por la pérdida de algo deseado. ▪ Rechazo ante todo lo que respecta a la discapacidad ▪ El bloqueo y la desintegración van desapareciendo. ▪ Negación: puede mantenerse.
3. Fase de adaptación	Comienza el proceso de reconstrucción. Los padres empiezan a conocer y comprender a su propio hijo. Se va dando cabida a los momentos gratificantes y la perspectiva “empezar de nuevo”.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud activa de búsqueda respecto al trastorno. Buscan información. ▪ Asunción social de la condición del niño, a nivel interno y externo. ▪ Comprensión de la propia posición: los padres desarrollan nuevas estrategias en la crianza. ▪ Actitud de protección ante aquellas situaciones que puedan poner al niño en evidencia o en riesgo a ser rechazado. ▪ Ansiedad: reacciones controvertidas de esperanza o frustración. ▪ Esperanza en el futuro y en las propias capacidades para afrontar la situación.
4. Fase de orientación	Se empieza a disfrutar de los logros y de la relación padres hijo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reajuste a las nuevas necesidades: se organiza el sistema familiar para atender las necesidades del hijo ▪ Descubrimiento de apoyos y ayudas: recursos materiales, formales y personales. ▪ Redefinición de relaciones dentro y fuera de la familia: se modifican los roles familiares y las tareas. ▪ Recuperación del autoconcepto: empiezan a recuperar su autoestima y seguridad. ▪ Aprendizaje de habilidades y estrategias: aprenden técnicas para el trabajo con su hijo. ▪ Implicación en los procesos de intervención. ▪ Reajuste de sus valores y cogniciones afectivas.

Figura 15. Fases de reajuste emocional que atraviesan las familias con hijos con discapacidad (Perpiñan, 2009).

Elaboración propia

Esto nos permite afirmar la existencia de diferencias en el estilo educativo parental que emplean los progenitores de niños con y sin discapacidad (Raya, Ruiz-Olivares, Pino y Herruzo, 2013b) en cuanto a la atención prestada y la crianza positiva (Rivers y Stoneman, 2008; Sterling et al., 2012), la satisfacción de la crianza, la distribución de roles, la disciplina, la comunicación y el apoyo (Raya et al., 2013b), destacando la sobreprotección y la excesiva implicación parental, dificultando así, la independencia y autonomía del niño con discapacidad (Sánchez-Escobedo, 2006), ya que emplean más prácticas parentales más controladoras (Green, Caplan y Baker, 2014). Siguiendo la misma línea, en un estudio llevado a cabo por Raya et al. (2013b) concluyeron que los principales aspectos que diferencian a las familias con niños con discapacidad física y sensorial, fueron la baja autonomía proporcionada por los padres, así como la ausencia de límites impuestos a los hijos. Por otro lado, la evidencia certifica, que los niños con discapacidad experimentan mayores episodios de violencia familiar y maltrato infantil (Chan, Emery e Ip, 2016), especialmente en aquellos países con un nivel socioeconómico bajo-medio (Njelesani et al., 2018).

Aunque se necesitaría más investigación en este campo, los resultados obtenidos hasta el momento, sugieren que la crianza de un niño con discapacidad está asociada con el deterioro, a largo plazo, de la salud de los padres (Lee, Park, Matthews y Hsieh, 2017; N'Dri et al., 2018; Smith y Grzywacz, 2014), más aun cuando estos envejecen y se encuentran al cargo de un hijo con discapacidad (Band-Winterstein y Avieli, 2017). En este sentido, la evidencia certifica que la crianza de un niño con discapacidad se relaciona de manera significativa con síntomas depresivos elevados y mayores restricciones en las actividades de la vida diaria de los padres y madres (Smith y Grzywacz, 2014), así como con altos niveles de

estrés experimentados (DeLambo, Chung y Huang, 2011; Yamaoka et al., 2016). Además, la presencia en el hogar de un niño con discapacidad múltiple tiene un impacto negativo en la familia en términos económicos, de salud y vida social (N´Dri et al., 2018). Al comparar las condiciones de salud, se conoce que los cuidadores de niños con discapacidad presentan mayor probabilidad de desarrollar afecciones crónicas como por ejemplo dolor de espalda, migraña, obesidad, insomnio, fatiga, ansiedad y mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo como fumar (Lee et al., 2017; N´Dri et al., 2018;). Con todo, la percepción de la calidad de vida de las madres de niños con discapacidad es significativamente más baja en cuanto a salud física, bienestar psicológico, relaciones sociales y entorno (Manee, Ateya y Rassafiani, 2016), debido en parte, a los limitados sistemas de apoyo (Manee et al., 2016) y las dificultades socioeconómicas que se presentan (Kimura, 2018), la vivienda y el transporte y los ingresos familiares y severidad de la discapacidad (Hu, Wang y Fei, 2012). En este sentido, la salud mental parental está asociada con el empleo y la educación de los padres, la salud infantil percibida y la fortaleza y apoyo familiar (Chen y Clark, 2010), la participación en las actividades, un empoderamiento saludable, el funcionamiento emocional del hijo y las necesidades de servicio (Bourke-Taylor, Pallant, Law y Howie, 2012). Además, se relaciona la resiliencia familiar con las valoraciones positivas de los padres acerca de la crianza de un hijo con discapacidad, los recursos de los que dispongan y su capacidad para el afrontamiento y la resolución de conflictos (Hall et al., 2012; Trute, Benzies y Worthington, 2012).

En cuanto a la discapacidad auditiva, cuando las primeras pruebas indican la pérdida de audición de un hijo, los padres se encuentran en una montaña rusa de experiencias que dejan poco tiempo o espacio para la reflexión (Bosteels, Van Hove y Vandembroeck, 2012), puesto

que la crianza de un niño oyente se construye sobre las habilidades aprendidas de su propia experiencia o experiencia de sus padres. No obstante, cuando se plantea la crianza de un niño con discapacidad, se presentan nuevos roles parentales sin un modelo a seguir (Antonopoulo, Hadjikakou, Stampoultzis y Nicolau, 2012) hallándose en un mundo diferente en el que los discursos entrelazados establecen la paternidad con un niño sordo (Bosteels et al., 2012). De manera que, la influencia en la experiencia parental estaría asociada a diversos aspectos sociales (profesionales de apoyo, intercambio de experiencias, servicios de intervención...), personales/los padres en sí mismos (adopción de medidas, recursos personales,...) y el niño (características del niño, progresos,...) (Zaidman-Zait, 2007). Los resultados de un estudio llevado a cabo por Hintermair (2006) muestran el alto estrés de los padres de un niño con discapacidad auditiva, y su repercusión en problemas socioemocionales frecuentes. Además, enfatiza en la importancia de los recursos de orientación por parte de profesionales y estrategias de apoyo en la atención temprana ya que, el acceso a estos recursos está asociado de manera significativa con experiencias de bajo estrés. Una elevada fuente de estrés en los padres de un niño con pérdida auditiva, es el momento de la elección del método de comunicación. Este momento, está influenciado por los profesionales en este campo y debe ocurrir temprano para evitar consecuencias en el desarrollo (Decker, Vallotton y Johnson, 2012), ya que existen una serie de métodos de comunicación que los padres pueden elegir: la lengua oral o visual (español o lengua de signos española [LSE]), una forma alternativa de lengua oral o visual (habla complementada o signado español) o una combinación lengua oral y visual (español y lengua de signos española [LSE]) (Gravel, y O'Gara, 2003).

A pesar de que la evidencia en este campo, es notablemente limitada, con el objetivo de describir el estilo de crianza de las madres de los niños con pérdida auditiva, Antonopoulo et

al. (2012) llevaron a cabo un estudio concluyendo que el estilo parental predominante era el “autoritativo”, así como los menos predominantes el tipo “permisivo” y “autoritario”. Por otro lado, manifestaron que las madres que empleaban prácticas de crianza autoritarias tendían a ser más estrictas y hostiles (física y verbalmente) con los hijos oyentes que con el hijo que presentaba la discapacidad auditiva. Los mismos autores encontraron una mayor sensibilidad por parte de las madres hacia los sentimientos y necesidades del niño con discapacidad, en comparación con los hermanos oyentes. Paradójicamente, estos informes parecen contradecir investigaciones anteriores en las que se mostraron que los padres de niños con discapacidad auditiva eran más propensos a aplicar medidas punitivas y métodos de disciplina física con el niño con pérdida auditiva que con el hijo oyente (Knutson, Johnson y Sullivan, 2004; Sullivan y Knutson, 2000).

En cuanto a la relación entre hermanos, las madres autoritativas tienden a percibir la relación entre hermanos como positiva, mientras que las madres autoritarias generaban creencias de la existencia de hostilidad entre hermanos (Antonopoulo et al., 2012). Los factores que afectarían a la relación entre un niño con pérdida auditiva y su hermano, estarían determinados por el contexto familiar en cuanto al comportamiento y sentimientos de los padres hacia el niño con discapacidad auditiva y las comparaciones negativas de los padres entre los hermanos (Bat-Chava y Martin, 2002).

Estos datos son prometedores en cuanto a la adaptación y desarrollo de niños con discapacidad auditiva. Sin embargo, existe una gran variabilidad de diferencias individuales que influyen, tales como la edad de identificación de la pérdida auditiva, la edad a la que se coloca el implante coclear, la experiencia oyente antes de la pérdida auditiva y la comunicación interpersonal a la que el niño está expuesto (Niparko et al, 2010). No obstante,

a pesar de las notables diferencias individuales, existe evidencia de los efectos beneficiosos de la confirmación temprana de la pérdida auditiva en el desarrollo de las habilidades del lenguaje, que origina a su vez, problemas de comportamiento en estos niños (Stevenson et al., 2011).

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo III: Desarrollo de la investigación

Justificación del estudio

Tras el análisis de la literatura más relevante referida a estilos parentales y discapacidad física y sensorial, en este capítulo, comienza la investigación del estudio con la intención de comprobar si existen diferencias entre la crianza que reciben chicos con y sin discapacidad y los posibles problemas de conducta que estos puedan desarrollar, así como determinar si hay relación entre las prácticas parentales y tales problemas de conducta. Para el tema que nos ocupa, nos centraremos en las discapacidades auditiva, visual y física.

En cuanto al desarrollo de problemas de conducta en chicos con discapacidad, las investigaciones en este campo son notablemente limitadas. Por ello, la investigación al respecto se hace especialmente necesaria, con la intención de conocer la situación en la que se encuentran las personas con discapacidad y actuar de forma preventiva para evitar el desarrollo de los posibles problemas de conducta que se generan como consecuencia de una atención educativa al parecer, no ajustada a la realidad de un colectivo que se topa vulnerable frente a unas barreras impuestas por la sociedad.

En base a estas consideraciones, para nuestro estudio nos apoyaremos en trabajos anteriores que han tenido como objetivo comprobar las diferencias comportamentales y de desarrollo entre chicos con y sin discapacidad, demostrando peores resultados para el colectivo con discapacidad en todos los niveles evaluados como habilidades sociales, problemas de conducta, depresión, ansiedad, competencia académica y emocional

(Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Fleming et al., 2018; Kushwaha et al. 2014; McIntyre et al., 2006; Noh et al., 2016; Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2017; Polo y López-Justicia, 2012; Sánchez y Carrión, 2010; Shen et al., 2017; Theunissen et al., 2014b; Will y Wilson, 2014).

Hemos tratado de conocer la situación en la que se encuentran las personas con discapacidad auditiva, y los estudios vuelven a demostrar peores resultados para este colectivo a nivel comunicativo y de adaptabilidad, cognitivo y socioemocional, que afecta a su calidad de vida y bienestar, así como a su independencia económica (Cetin et al., 2010; Cieřla et al., 2016; Dalton, 2011; De Giacomo et al., 2013; Olusanya et al., 2014; Theunissen et al., 2014). Además, las personas con discapacidad auditiva se encuentran en una condición de aislamiento debido a la pérdida de unos de los sentidos sensoriales a través del cual recibimos información del exterior. Por tanto, cabe esperar que si no interviene de manera adecuada desde las edades más tempranas, estos niños puedan desarrollar problemas de conducta internalizantes (Cetin et al., 2010; Chung et al., 2015; Polat, 2003), externalizantes (Dammeyer, 2010; Fellingner et al., 2008; Hintermair, 2007; Masten, et al., 2005; Van Eldik et al., 2004) y académicos (Kuper et al., 2014; Welsh et al., 2001).

De la misma manera, la literatura científica vuelve a mostrarnos la realidad de la discapacidad, al encontrarnos con numerosos estudios que concluyen en sus resultados que las personas con discapacidad visual presentan mayores dificultades en su desarrollo a nivel motor, del lenguaje y la comunicación, la socialización y adaptación, (Adelson y Fraiberg, 1974; Brambring, 2006; Caballo y Verdugo, 2007; Celeste, 2002; Hatton et al., 1997; James y Stojanovik, 2007; Runjic et al., 2015; Sarimski y Lang, 2017; Tadić et al., 2010; Troster et al.,

1994). Se afirma que la discapacidad visual es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y psicopatológicos, y hace que sean más propensos a desarrollar trastornos como la depresión o la ansiedad. (Garaigordobil y Bernarás, 2009; Mishra y Singh, 2012; Piquart y Pfeiffer, 2012).

Por último, los resultados de las distintas investigaciones nos demuestran que los jóvenes con discapacidad motora presentan, de la misma manera que en las dos discapacidades anteriores, más problemas emocionales y de comportamiento que sus pares sin discapacidad (Colver, 2010; Crane et al., 2017). Los niños con discapacidad motora presentan una mayor tasa de problemas en todos los aspectos: adaptativos y de relación, problemas psicológicos, mayor deterioro cognitivo y problemas de salud, problemas de conducta internalizantes y externalizantes (Brossard-Racine et al., 2012; Hendriks et al., 2001; Hinton et al., 2006; Liptak et al., 2001; McDermott et al., 1996; Nadeau y Tessier, 2006; Parkes et al., 2008; Sigurdardottir et al., 2008; Sigurdardottir et al., 2010; Van den Heuvel et al., 2016; Van Handel et al., 2010).

En base a estos resultados, y con la intención de conocer qué motiva el desarrollo de estos problemas en los chicos con discapacidad, pretendemos dar respuesta a unas dificultades que se muestran patentes en la literatura. Así, nuestro estudio pone énfasis en las prácticas educativas parentales como una herramienta de actuación para como hemos dicho, prevenir los problemas de conducta que acontecen en los chicos con discapacidad. En este sentido, señalamos que la crianza que recibe un niño puede condicionar su actuación en los distintos contextos, ya que como hemos podido comprobar, en el desarrollo de problemas de conducta internalizantes, externalizantes, académicos o de adaptabilidad interfieren en gran medida las

prácticas de crianza parental a las que el niño está expuesto en su infancia (Akinsola, 2011; Batool, 2013; Berkien et al., 2012; Cerezo et al., 2011; De la Torre-Cruz et al., 2014; Huey et al., 2013; Karimi et al., 2012; Kawabata et al., 2011; Liu, 2013; Luyckx et al., 2011; Merianos et al., 2015; Nelson, 2011; Ni y Gau, 2015; Okhakhume, 2014; Raya et al., 2008; Raya et al., 2009; Stright y Yeo, 2014; Tomić et al., 2018; Van der Sluis, Van Steensel y Bögels, 2015; Wahl y Metzner, 2012; Yap et al., 2014; Yap y Jorm, 2015).

En relación con estas conclusiones generales y debido a la falta de investigación en esta área, se pretende dar respuesta a las hipótesis planteadas en el siguiente apartado, determinadas en base a estas diferencias de desarrollo entre niños con y sin discapacidad, así como a la relación que se pueda establecer en torno a ellas y la posible implicación que supondría para líneas futuras. Así pues, trataremos de conocer la relación entre padres-hijos, profesores-alumnos y alumnos-alumnos; para lo que se extraerán cuantiosas informaciones de diferentes fuentes a través de los distintos instrumentos de evaluación.

Objetivos e hipótesis.

El objetivo principal de este trabajo es doble: por un lado, *conocer si existen diferencias en el estilo educativo de padres de niños con discapacidad física y sensorial y padres de niños sin discapacidad* y, por otro, *estudiar la relación de este con el desarrollo de problemas de conducta en niños con discapacidad*. Además, detallaremos estos objetivos en otros más específicos.

Como **primer objetivo general** se plantea *conocer si existen diferencias en el estilo educativo de padres de niños con discapacidad física y sensorial y padres de niños sin discapacidad*. Ya en la revisión de la literatura explorada en apartados anteriores, describíamos tales diferencias fundamentadas en los datos recogidos de estudios que describen diferencias en las prácticas de crianza manifestadas por padres y madres de chicos con y sin discapacidad (Antonopoulo et al., 2012; Knutson et al., 2004; Raya et al., 2013b; Rivers y Stoneman, 2008; Sánchez-Escobedo, 2006; Sterling et al., 2012; Sullivan y Knutson, 2000). Por ello, esperamos encontrar discrepancias con respecto a la crianza que recae sobre los niños con discapacidad, extrapolando nuestras conclusiones a población española, donde los estudios en este sentido son notablemente escasos.

En relación a esto, como **segundo objetivo general**, pretendemos *determinar si hay relación entre las prácticas de crianza y el desarrollo de problemas de conducta en niños con discapacidad física y sensorial*. En este sentido, como han hecho otros investigadores, insistimos en la idea de que las prácticas de crianza parentales ejercen una influencia determinante en el desarrollo de problemas de conducta externalizantes (p.e. Batool, 2013 o Raya et al., 2009), internalizantes (p.e. Berkien et al., 2012 o Lipps et al., 2012), la competencia académica (p.e. Ishak et al., 2012 o Karimi et al., 2012) o la adaptabilidad social (p.e. Hammes et al., 2012). En base a estas consideraciones, nuestro estudio defiende la hipótesis de que los niños con discapacidad física o sensorial presentarían un alto nivel de problemas de conducta en comparación con sus compañeros sin discapacidad, ya que estaríamos hablando de la crianza como herramienta predictora para el desarrollo de tales problemas.

En este sentido, como **primer objetivo específico**, queremos *conocer si existen diferencias en el comportamiento de chicos con y sin discapacidad física y sensorial*, tal y como hicieron en su momento investigaciones como las de Barker et al. (2009), Brossard-Racine et al. (2012) o Masten, et al. (2005) que mostraron la existencia de diferencias significativas en la externalización de problemas, manifestándose peores resultados en el colectivo de niños con discapacidad.

Considerando por otro lado, la internalización de problemas, marcamos como **segundo objetivo específico** *conocer si existen problemas de conducta internalizantes en niños con discapacidad física y sensorial, en comparación con los chicos sin discapacidad*. Algunas aportaciones reflejan las conclusiones obtenidas de estudios que muestran que los grupos de personas con discapacidad auditiva, física o visual presentan mayores síntomas de interrenalización de problemas (Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Noh et al., 2016; Theunissen et al., 2014).

Presentamos como **tercer objetivo específico** *conocer si existen problemas escolares en niños con discapacidad física y sensorial*, esperando peores resultados para el colectivo con discapacidad. Nos apoyamos en resultados obtenidos de ciertos estudios, en los que se describen tales diferencias, manifestando mayores problemas en los grupos con discapacidad (por ejemplo: Bowers et al., 2014; Papuda-Dolińska, 2017).

De igual manera, se espera que los chicos con discapacidad física o sensorial presenten relaciones interpersonales más pobres, peores habilidades sociales y de autorregulación, tal y

como afirmaron en su momento McIntyre et al. (2006). En base a estas consideraciones, nos marcamos como **cuarto objetivo específico** *conocer el nivel de adaptación que presentan los chicos con discapacidad física y sensorial, y las posibles diferencias significativas con respecto a sus pares sin discapacidad.*

Método

Participantes.

Se realiza un estudio comparativo del desarrollo de 133 chicos y chicas con discapacidad física y sensorial (sin discapacidad intelectual asociada), con edades comprendidas entre los 6 y los 16 años de edad. La edad media de este grupo de chicos y chicas era de 10,70 (DT=3,091).

El grupo estudiado estaba formado por un total de 264 chicos y chicas con y sin discapacidad, de los cuales 133 chicos presentan discapacidad y 131 sin discapacidad, destacando la similitud entre las características sociodemográficas de ambos grupos - caso/control-. Para esta distribución, se seleccionaba el alumnado con discapacidad y después, se establecía un compañero sin discapacidad de similares características en cuanto a nivel sociodemográfico, edad, sexo,..., dividiendo así ambos grupos con discapacidad/sin discapacidad.

Según discapacidad, la muestra se distribuía en un total de 59 chicos con discapacidad auditiva, 39 con discapacidad física y 34 con discapacidad visual.

Según el sexo, los participantes estaban divididos en 71 chicos y 62 chicas con discapacidad, y 70 chicos y 61 chicas sin discapacidad. A este respecto, se ha empleado la prueba no paramétrica de chi-cuadrado para comparar las posibles diferencias entre las frecuencias observadas en la distribución de una variable y las esperadas, no encontrando diferencias en función del sexo entre la muestra (valor=0; grados de libertad=1; $p=0.000$).

La principal fuente de información en nuestro estudio han sido las respuestas proporcionadas por parte de los padres y madres de los niños participantes, y sus respectivos profesores que cumplimentaron los instrumentos que se les facilitaron para la investigación, que se describen a continuación.

Instrumentos.

Para recabar información se utilizaron tres instrumentos estandarizados, desde los que se obtenían datos acerca de las características familiares y sus prácticas de crianza, así como de las particularidades de los niños tanto en casa como en la escuela en relación a su comportamiento, aprendizaje, adaptabilidad, interacción social, etc.

Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC):

Es una adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría (2004) del original en lengua inglesa “Behavior Assessment System for Children” de Reynold y Kamphaus (1992).

La finalidad del instrumento es evaluar un amplio abanico de dimensiones patológicas y adaptativas de un individuo concreto, utilizando diferentes fuentes de información: padres, tutores y niños; así como distintos métodos: cuestionarios, historia del desarrollo y observación.

En su versión para padres y maestros incluye una serie de escalas clínicas tales como: Agresividad, Hiperactividad, Problemas de conducta, Problemas de atención, Problemas de aprendizaje, Depresión, Atipicidad, Ansiedad, Retraimiento, Somatización. Además, esta versión consta de una serie de escalas adaptativas: Adaptabilidad, Habilidades sociales, Liderazgo, Habilidades para el estudio. Por último, como combinación de ambas dimensiones, surgen unos aspectos globales: Exteriorizar problemas, Interiorizar problemas, Problemas escolares, Habilidades adaptativas, Índice de síntomas comportamentales.

Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M):

Este cuestionario de Roa y Del Barrio (2001) adaptado del Parent-Child Relationship Inventory (Gerard, 1994), mide las actitudes paternas y maternas hacia la crianza de sus hijos e hijas.

Está compuesto por 78 ítems con cuatro opciones de respuesta en función del mayor o menor acuerdo con lo expresado en los mismos. Estos ítems están divididos en ocho escalas: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y una pequeña escala para detectar la tendencia de respuesta hacia la deseabilidad social. En general, una alta puntuación en cualquiera de las escalas indica una buena actitud hacia la crianza (estilo democrático), mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo.

Este instrumento presenta una consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que oscila entre 0,48 de la escala de Autonomía y 0,68 de la escala de Compromiso. Además, según Roa y Del Barrio (2001), presenta una buena validez de constructo, dadas las altas correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en las escalas más importantes de la crianza como son Compromiso-Satisfacción con la crianza (0,58), Compromiso-Comunicación (0,64), Disciplina-Apoyo (0,52), Disciplina-Autonomía (0,44) y Satisfacción con la crianza-Disciplina (0,43).

Parental Bonding Instrument (PBI):

Es un cuestionario desarrollado por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown (1979). Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el PBI mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años. En el instrumento, se contesta de un protocolo de prueba para Padre y otro para Madre.

El cuestionario consta de 25 ítems, divididos en dos escalas: “cuidado” (12 ítem) y “sobrepotección o control” (13 ítem). Estas, a su vez, se dividen en cuatro subescalas, teniendo en cuenta los protocolos desarrollados tanto por el Padre como por la Madre: cuidado paterno, cuidado materno, sobrepotección paterna y sobrepotección materna.

Cada ítem se puntúa a través del método Likert, en un rango de 0 a 3 puntos, siendo las alternativas: Siempre (S), Casi Siempre (C), Algunas veces (A), Nunca (N), quedando la escala de Cuidado con una puntuación máxima de 36 puntos y la de Sobrepotección con 39 puntos.

Diseño.

El estudio se ha realizado con un diseño ex post facto prospectivo transversal, en el que se han realizado varios análisis de regresión múltiple para obtener los factores predictores de los problemas de conducta –externalizantes, internalizantes, escolares, y de adaptación-. Previamente a este análisis se ha hecho un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las siguientes variables:

Variables de estudio.

Variabes Independientes:

Discapacidad.

No Discapacidad.

Variabes Dependientes:

El estilo de crianza medido a través del *Parent Child Relationship Inventory* (Gerard, 1994; adaptación española de Roa y Del Barrio, 2001).

Apoyo: nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo.

Satisfacción con la crianza: satisfacción que obtiene una madre o padre por el hecho de serlo.

Compromiso: grado de interacción y conocimiento que los padres tienen de su hijo.

Comunicación: percepción que los padres tiene de la efectividad de la comunicación con su hijo.

Disciplina: nivel de exigencia de cumplimiento de las normas impuesto por los padres.

Autonomía: habilidad de los padres para proporcionar independencia al hijo.

Distribución de rol: actitudes de los padres acerca del papel que desempeña el género en la crianza.

Lazos parentales y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia medido a través del *Parental Bonding Instrument* (Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, 1979).

Sobreprotección: hace referencia a control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta independiente frente a fomento de la independencia.

Cuidado: hace referencia a calidez emocional, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia

Dimensiones patológicas y adaptativas medidas a través del *Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes* (adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004).

Agresividad: tendencia a actuar de forma hostil (sea verbal o físicamente) que amenaza a otros.

Hiperactividad: tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar.

Problemas de conducta: tendencia a mostrar un comportamiento antisocial y que rompe con las reglas, incluyendo destruir propiedades.

Problemas de atención: tendencia a distraerse fácilmente y la incapacidad para concentrarse durante un período prolongado.

Problemas de aprendizaje: presencia de dificultades académicas, particularmente al comprenderlo o completar tareas escolares.

Depresión: sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden dar como resultado una incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos) o pueden acarrear pensamientos de suicidio.

Ansiedad: tendencia a estar nervioso, asustado o preocupado por problemas reales o imaginarios.

Somatización: tendencia a ser excesivamente sensible y a quejarse de incomodidades y de problemas físicos menores.

Adaptabilidad: capacidad para adaptarse fácilmente a cambios en el ambiente.

Habilidades sociales: habilidades necesarias para interactuar satisfactoriamente con iguales y adultos en los ámbitos del hogar, de la escuela y de la comunidad.

Liderazgo: destrezas asociadas con lograr metas académicas, sociales o comunitarias, incluyendo, en particular, la capacidad para trabajar bien con otros.

Habilidades para el estudio: habilidades que son conducentes a un sólido rendimiento académico, incluyendo habilidades organizativas y buenos hábitos de estudio.

Procedimiento.

La investigación se inició con una muestra recogida de numerosos colegios de las comunidades autónomas de Andalucía, Madrid y Cataluña. Previamente a la recogida de la información nos pusimos en contacto con la dirección de los centros cuyo Consejo Escolar, manifestó su consentimiento para la posterior recopilación de información a través de los instrumentos facilitados para los padres, madres y profesores del alumnado seleccionado. La cumplimentación de los cuestionarios se realizó de manera totalmente voluntaria.

Posteriormente, el orientador del centro, o en su defecto el director, informó de los planes a los distintos tutores de los cursos en los que se encontraban niños con discapacidad, así como a sus respectivos padres y madres para garantizar nuestro acceso al estudiante y su familia. Los instrumentos eran proporcionados por partes, dos de las cuales contestaban padres y madres por separado al PCRI y al PBI (variables independientes sobre el estilo de crianza) y una tercera parte en relación al BASC que era completada por el tutor en su escala para tutores (T). Este último informe se determinó que fueran los maestros los que contestaban al instrumento con respecto a los problemas de conducta, para intentar evitar el sesgo de los padres a la hora de evaluar, ya que el maestro evalúa a los niños en comparación con sus compañeros, que al conocer el conjunto del alumnado que están en el mismo aula, puede disponer de información más objetiva y realista.

Una vez obtenida la información que se requería, se pasó a la tabulación de datos y la realización del análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Así pues, el presente estudio plantea un diseño transversal en el que, primeramente se describen los resultados obtenidos en cada una de las variables contempladas y después, se comparan analizando la relación entre las variables dependientes y las independientes. Para ello, se han utilizado diversos tipos de pruebas estadísticas. Por un lado, se llevó a cabo el análisis de varianza con la finalidad de comparar las puntuaciones medias obtenidas en una variable dependiente continua por los grupos formados en función de una variable independiente categórica o factor. También, se ha empleado en otros casos la prueba no paramétrica de chi-cuadrado para comparar las posibles diferencias entre las frecuencias observadas en la distribución de una variable y las esperadas.

Resultados

El objetivo principal de este trabajo es doble: por un lado, *conocer si existen diferencias en el estilo educativo de padres de niños con discapacidad física y sensorial y padres de niños sin discapacidad* y, por otro, *estudiar la relación de este con el desarrollo de problemas de conducta en niños con discapacidad*.

Para ello, primeramente, hemos analizado y comparado las puntuaciones presentadas en las distintas escalas del PCRI-M y el PBI, cumplimentados por los padres de 133 niños con discapacidad física y sensorial y 131 chicos sin discapacidad. Se midieron las variables relacionadas con el **estilo de crianza** (apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol, cuidado, sobreprotección) que recibían **niños con discapacidad física, auditiva y visual (muestra total), y niños sin**

discapacidad; así como de manera independiente entre niños con y sin discapacidad auditiva y con y sin discapacidad física.

Además, pretendíamos conocer si existen diferencias significativas en el desarrollo de problemas de conducta entre chicos con y sin discapacidad. Para ello, analizamos las puntuaciones obtenidas en las distintas **escalas de problemas de conducta del BASC**, según la visión de los profesores de los chicos. Se midieron los **problemas de conducta externalizantes** (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta), **internalizantes** (depresión, ansiedad, somatización), **problemas escolares** (problemas de atención, dificultades de aprendizaje, problemas escolares) y de **adaptabilidad** (habilidades adaptativas, habilidades sociales, liderazgo, adaptabilidad, habilidades para el estudio).

Por último, se relacionaron las prácticas de crianza parentales con el desarrollo de problemas de conducta en los chicos con discapacidad. A través del análisis de regresión múltiple, realizado con el paquete estadístico SPSS, se crearon una serie de modelos con la intención de predecir el desarrollo de los problemas de conducta en sus distintas escalas: Externalizantes, Internalizantes, Escolares y de Adaptación. Para ello, del grupo con discapacidad de nuestra muestra, se hizo distinción en función de la discapacidad presentada, creando a su vez, tres subgrupos: discapacidad general, auditiva y física.

PRIMER OBJETIVO GENERAL

El primer objetivo general era determinar si había diferencias en el estilo educativo de padres y madres de niños con y sin discapacidad física y sensorial. Para ello, como hemos mencionado anteriormente, primero se hicieron los análisis de las puntuaciones obtenidas en relación a la muestra global, con el grupo discapacidad, en el que se incluyen chicos y chicas con discapacidad física, auditiva y visual. Después, se realizaron los distintos análisis haciendo una distribución de la muestra diferenciando, por un lado, la discapacidad física y por otro, la discapacidad auditiva. No se hizo uno específico para la discapacidad visual porque el número de participantes con discapacidad visual era bajo para considerarlos de forma aislada.

En cuanto a la **muestra total de discapacidad**, en primer lugar, se midieron las **prácticas parentales** de ambos padres (apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol, cuidado, sobreprotección) de niños con y sin discapacidad en general. En la figura 16 aparecen las puntuaciones obtenidas en dicha escala según la madre y en la figura 17 las puntuaciones del padre.

Tras el análisis de las distintas variables relacionadas con el estilo educativo parental de ambos, pudimos comprobar en el caso de la madre que existían diferencias significativas en la crianza entre niños con y sin discapacidad en los siguientes aspectos: apoyo parental ($F=10.625$; $p=0.001$), autonomía ($F=13.082$; $p=0.000$), compromiso ($F=4.350$; $p=0.038$), disciplina ($F=9.927$; $p=0.002$), distribución rol ($F=17.184$; $p=0.000$), satisfacción crianza ($F=5.726$; $p=0.017$) y sobreprotección ($F=7.083$; $p=0.008$). En el caso de los padres, existían también diferencias significativas: apoyo parental ($F=6.049$; $p=0.015$), disciplina ($F=6.703$;

p=0.010), distribución rol (F=4.072; p=0.045) y sobreprotección (F=5.632; p=0.019). Puede verse los resultados de los análisis en la tabla 1 y 2, respectivamente.

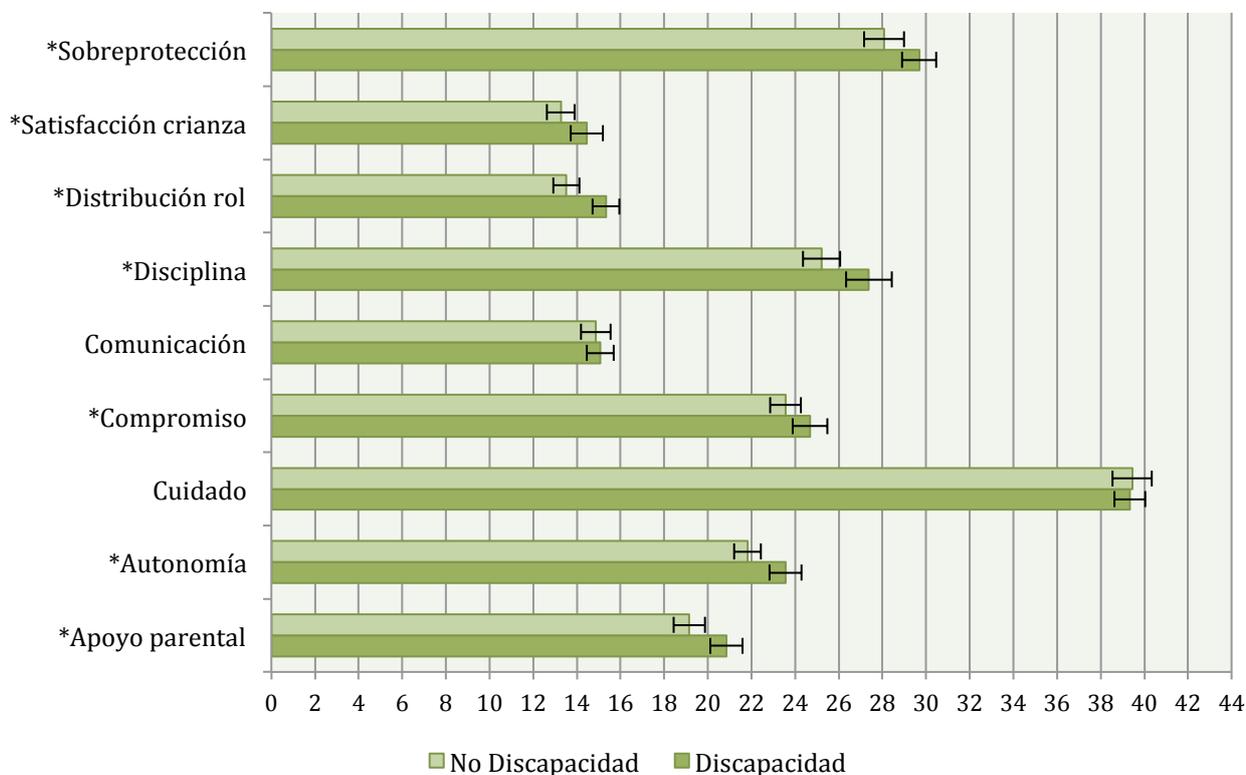


Figura 16. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad en la escala estilo educativo.

*Diferencias significativas

Tabla 1

ANOVA de las madres del grupo discapacidad en la escala estilo educativo

PCRI Madres	F	sig.	η^2
Apoyo	10,625	0,001	0,041
Autonomía	13,082	0,000	0,049
Cuidado	0,041	0,839	0,000
Compromiso	4,350	0,038	0,017
Comunicación	0,200	0,655	0,001
Disciplina	9,927	0,002	0,038
Distribución rol	17,184	0,000	0,063
Satisfacción crianza	5,726	0,017	0,023
Sobreprotección	7,083	0,008	0,027

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

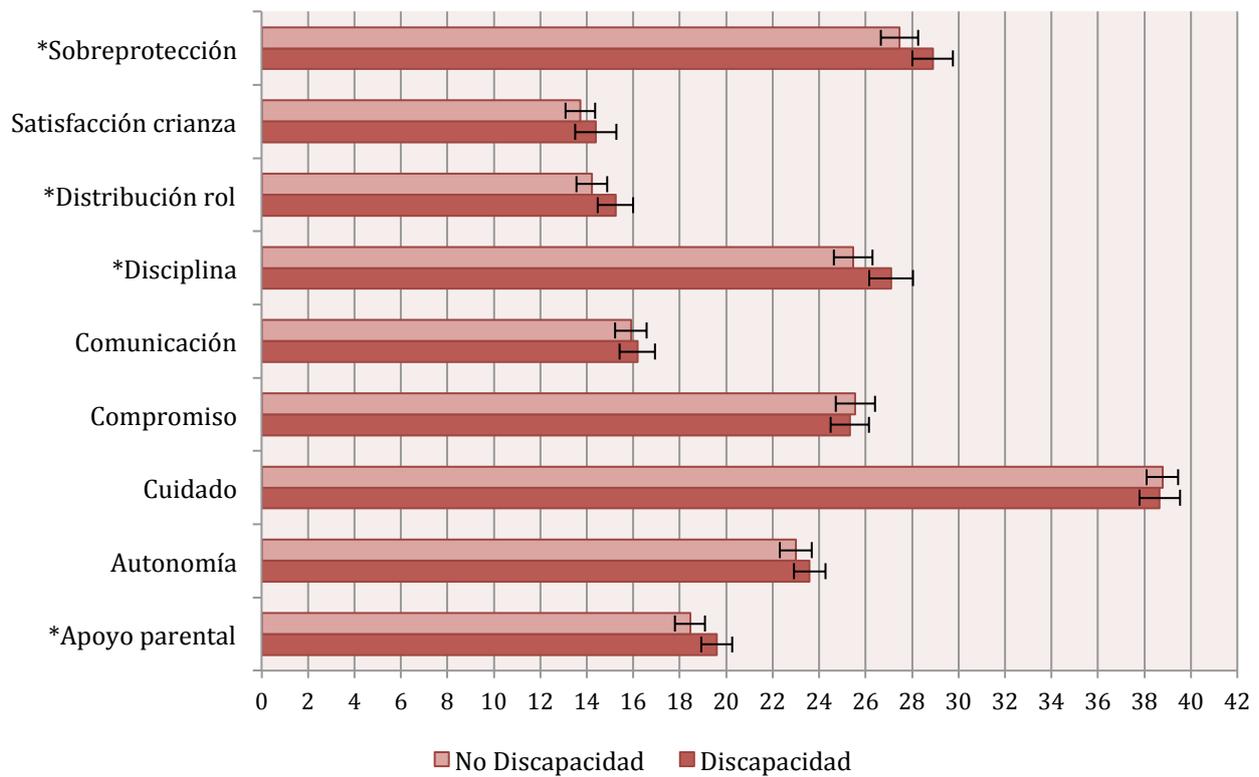


Figura 17. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad en la escala estilo educativo.
*Diferencias significativas

Tabla 2

ANOVA de los padres del grupo discapacidad en la escala estilo educativo

PCRI Padres	F	sig.	η^2
Apoyo	6,049	0,015	0,029
Autonomía	1,493	0,223	0,007
Cuidado	0,050	0,824	0,000
Compromiso	0,159	0,691	0,001
Comunicación	0,290	0,591	0,001
Disciplina	6,703	0,010	0,032
Distribución rol	4,072	0,045	0,020
Satisfacción crianza	1,546	0,215	0,008
Sobreprotección	5,632	0,019	0,027

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Por otro lado, se midieron las variables relacionadas con las distintas escalas de comportamiento del BASC, en su versión para maestros y se compararon las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, discapacidad/no discapacidad.

En la escala problemas de **conducta externalizante**, hubo diferencias significativas en la variable hiperactividad ($F=5.860$; $p=0.016$), pero no en agresividad y problemas de conducta. Pueden verse las puntuaciones obtenidas en la figura 18, así como su significatividad en la tabla 3.

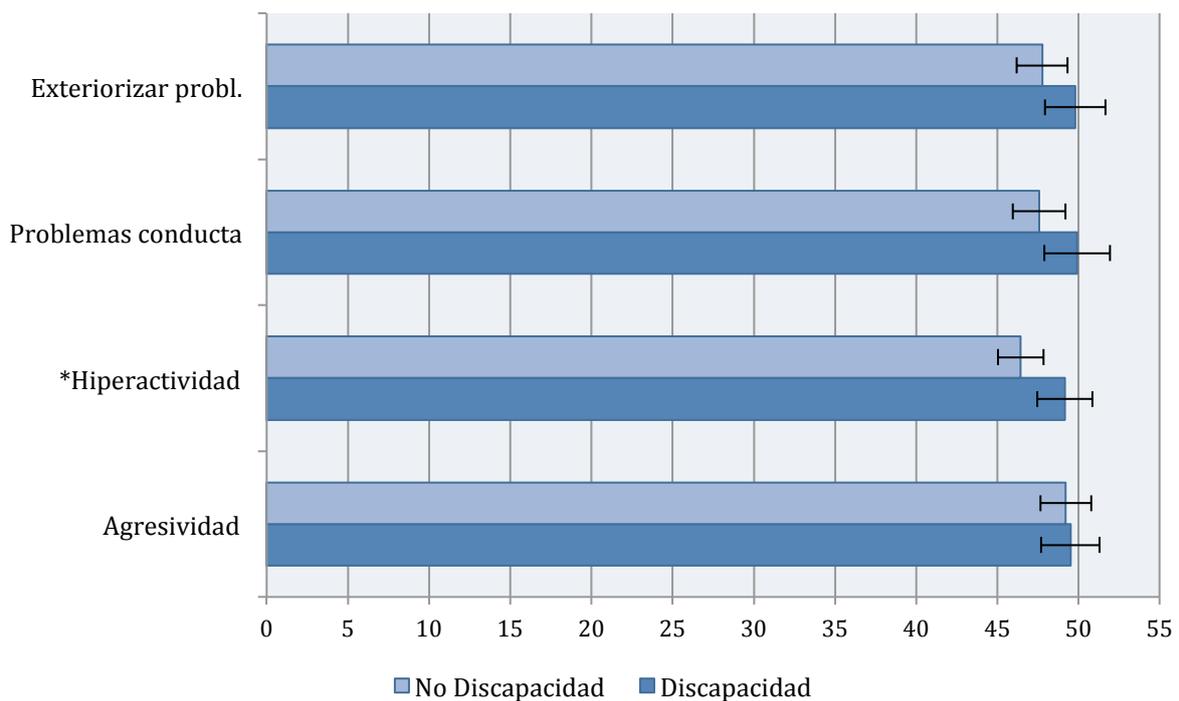


Figura 18. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas

Tabla 3

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Externalización de problemas

BASC Externalizantes	F	sig.	η^2
Agresividad	0,057	0,812	0,000
Hiperactividad	5,860	0,016	0,022
Problemas conducta	3,160	0,077	0,012
Exteriorizar problemas	2,701	0,102	0,010

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

En la escala **internalización de problemas** aparecieron diferencias significativas en la variables síntomas somáticos (F=11.867; p=0.001) y depresión (F=18.018; p=0.000) sin percibir diferencias en cuanto a la ansiedad. Podemos ver esos resultados en la tabla 4, así como las puntuaciones obtenidas de los maestros en dicha escala que podemos apreciar en la figura 19.

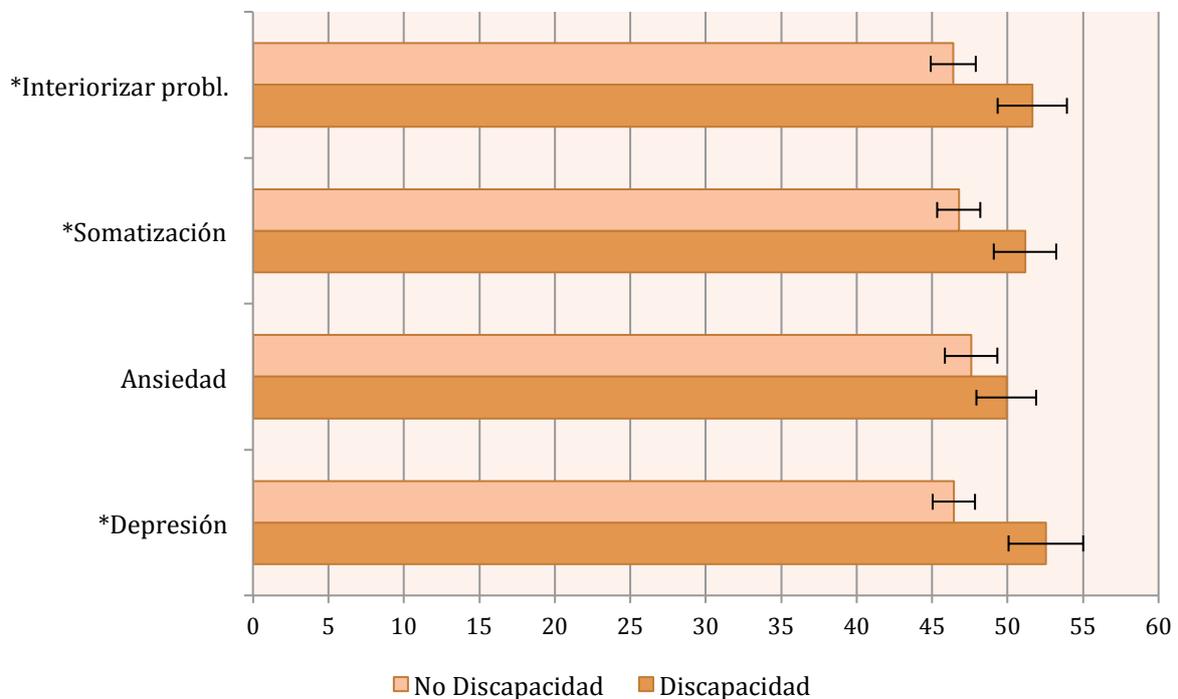


Figura 19. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas

Tabla 4

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Internalización de problemas

BASC Internalizantes	F	sig.	η^2
Depresión	18,018	0,000	0,064
Ansiedad	3,083	0,080	0,012
Somatización	11,867	0,001	0,044
Interiorizar problemas	14,094	0,000	0,052

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

En el caso de **problemas escolares y la adaptabilidad**, como vemos en la tabla 5 y 6, respectivamente, aparecieron diferencias significativas en problemas de atención ($F=33.663$; $p=0.000$) y de aprendizaje ($F=52.710$; $p=0.000$), adaptabilidad ($F=22.094$; $p=0.000$), habilidades sociales ($F=26.446$; $p=0.000$), liderazgo ($F=43.328$; $p=0.000$) y habilidades para el estudio ($F=25.409$; $p=0.000$). Además, las puntuaciones obtenidas en dichas escalas, se aprecian en las figuras 20 para problemas escolares y 21 en el caso de la adaptabilidad.

Tabla 5

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala problemas Escolares

BASC Escolares	F	sig.	η^2
Problemas atención	33,663	0,000	0,114
Dificultades aprendizaje	52,710	0,000	0,169
Problemas escolares	47,646	0,000	0,155

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado**Tabla 6**

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Adaptabilidad

BASC Adaptabilidad	F	sig.	η^2
Habilidades sociales	26,446	0,000	0,092
Liderazgo	43,328	0,000	0,144
Adaptabilidad	22,094	0,000	0,109
Habilidades estudio	25,409	0,000	0,089
Habilidades adaptativas	41,526	0,000	0,139

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

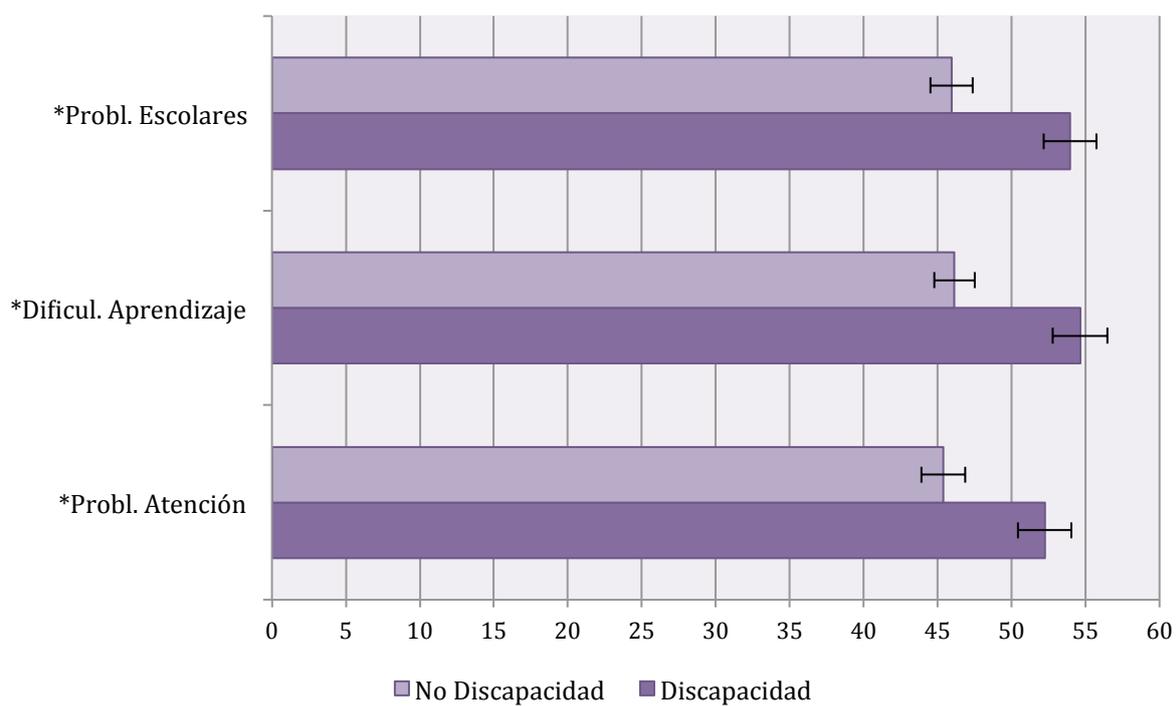


Figura 20. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala problemas Escolares.
*Diferencias significativas

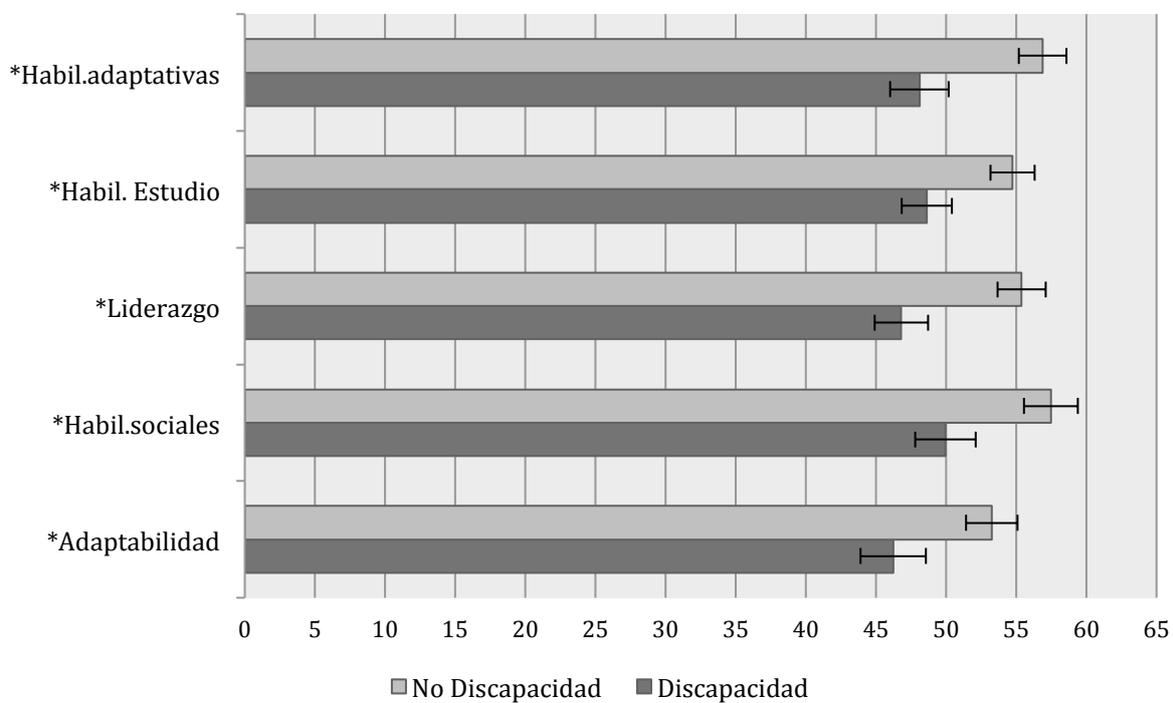


Figura 21. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad en la escala Adaptabilidad.
*Diferencias significativas

Por último, como hemos ido observando, las diferencias entre ambos grupos pudieron verse también, en las puntuaciones de las **escalas globales**: Interiorizar problemas (F=14.094; p=0.000), problemas escolares (F=47.646; p=0.000) y Habilidades adaptativas (41.526; p=0.000), pero no hubo diferencias en la escala global Exteriorizar problemas.

Después, se midieron las variables relacionadas con la discapacidad auditiva y discapacidad física de manera separada.

En el caso de la **discapacidad auditiva**, al medir las variables relacionadas con el **estilo educativo parental** de madres y padres de chicos con y sin discapacidad auditiva, pudimos comprobar en el caso de la madre que existían diferencias significativas en las variables distribución de rol (F=11.768; p= 0.001), satisfacción en la crianza (F=4.811; p=0.030) y sobreprotección (6.256; p=0.014). Estas diferencias pueden verse en la tabla 7.

Tabla 7
ANOVA de las madres del grupo discapacidad auditiva en la escala estilo educativo

PCRI Madres	F	sig.	η^2
Apoyo	1,399	0,240	0,013
Autonomía	3,312	0,071	0,029
Cuidado	0,991	0,322	0,009
Compromiso	3,213	0,076	0,028
Comunicación	0,996	0,320	0,009
Disciplina	2,610	0,109	0,023
Distribución rol	11,768	0,001	0,094
Satisfacción crianza	4,811	0,030	0,042
Sobreprotección	6,256	0,014	0,052

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Sin embargo, los resultados del análisis en el caso del padre, no reflejaron diferencias significativas en ninguno de los casos, como podemos comprobar en la tabla 8. Además, las puntuaciones obtenidas de las madres y los padres en esta escala, quedan reflejadas en las figuras 22 y 23, respectivamente.

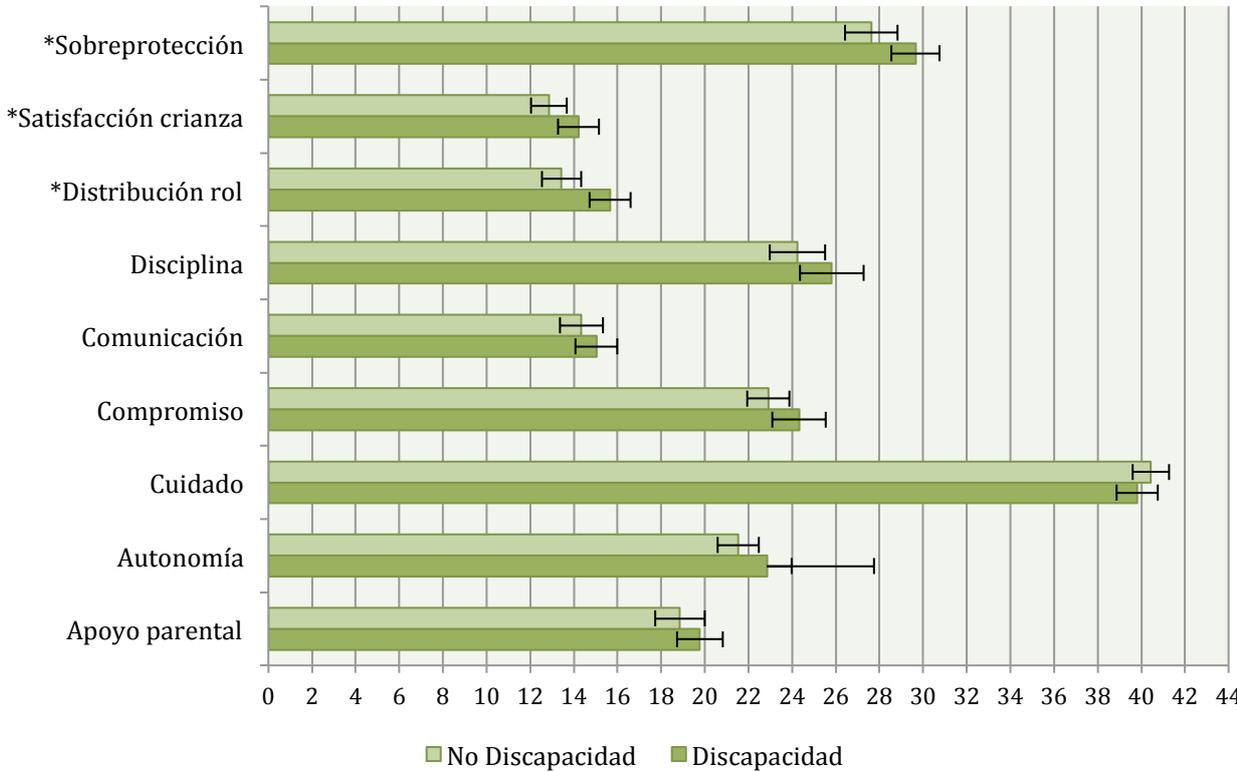


Figura 22. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad auditiva en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas

Tabla 8

ANOVA de los padres del grupo discapacidad auditiva en la escala estilo educativo

PCRI Padres	F	sig.	η^2
Apoyo	0,168	0,683	0,002
Autonomía	1,427	0,235	0,016
Cuidado	0,010	0,920	0,000
Compromiso	0,136	0,713	0,002
Comunicación	0,013	0,908	0,000
Disciplina	1,934	0,168	0,022
Distribución de rol	1,768	0,187	0,019
Satisfacción con crianza	2,089	0,152	0,023
Sobreprotección	3,175	0,078	0,034

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

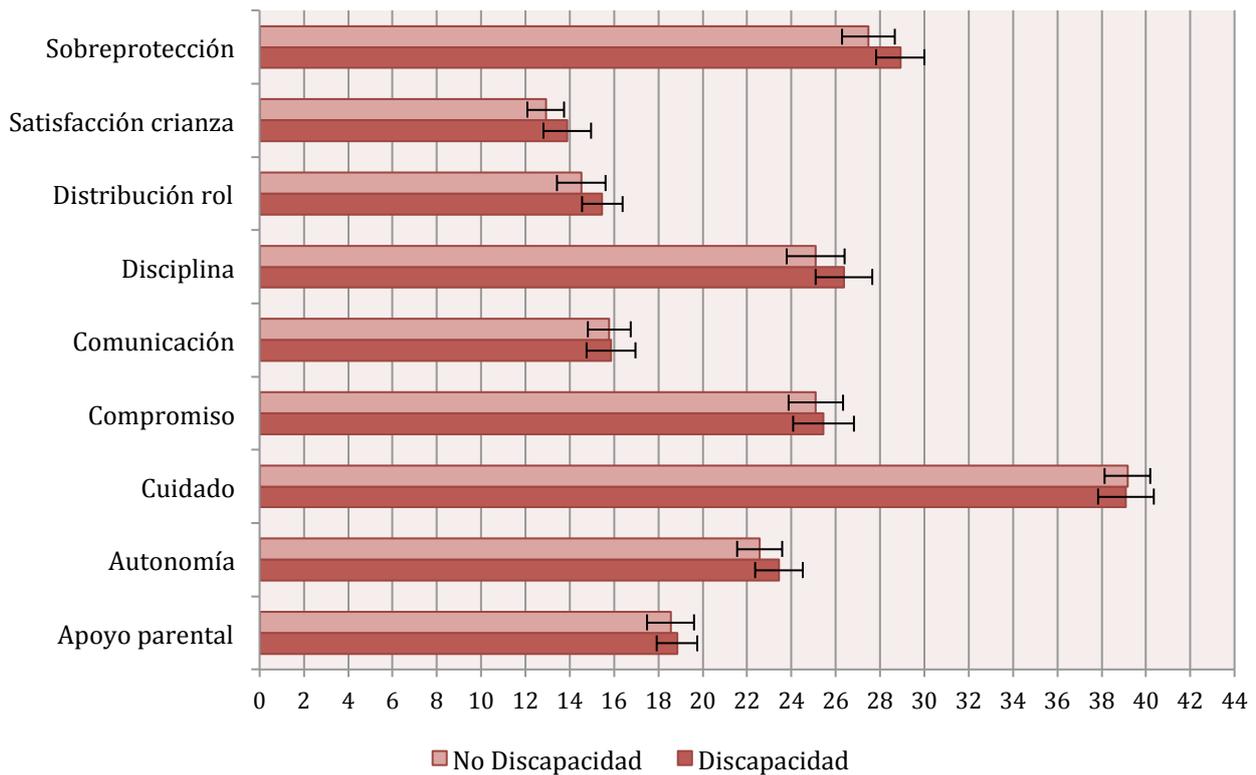


Figura 23. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad auditiva en la escala estilo educativo. *Diferencias significativas

El siguiente objetivo pretendía determinar si existían diferencias significativas en las **variables de tipo externalizantes** (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta), entre niños con discapacidad auditiva y niños sin discapacidad. Se midieron estas variables a través del BASC en su escala para tutores, tal y como se muestra en la figura 24. El análisis mostró diferencias significativas en las variables hiperactividad ($F=7.738$; $p=0.006$) y problemas de conducta ($F=5.259$; $p=0.024$), pero no existía significatividad en la variable agresividad, tal y como podemos observar en la tabla 9.

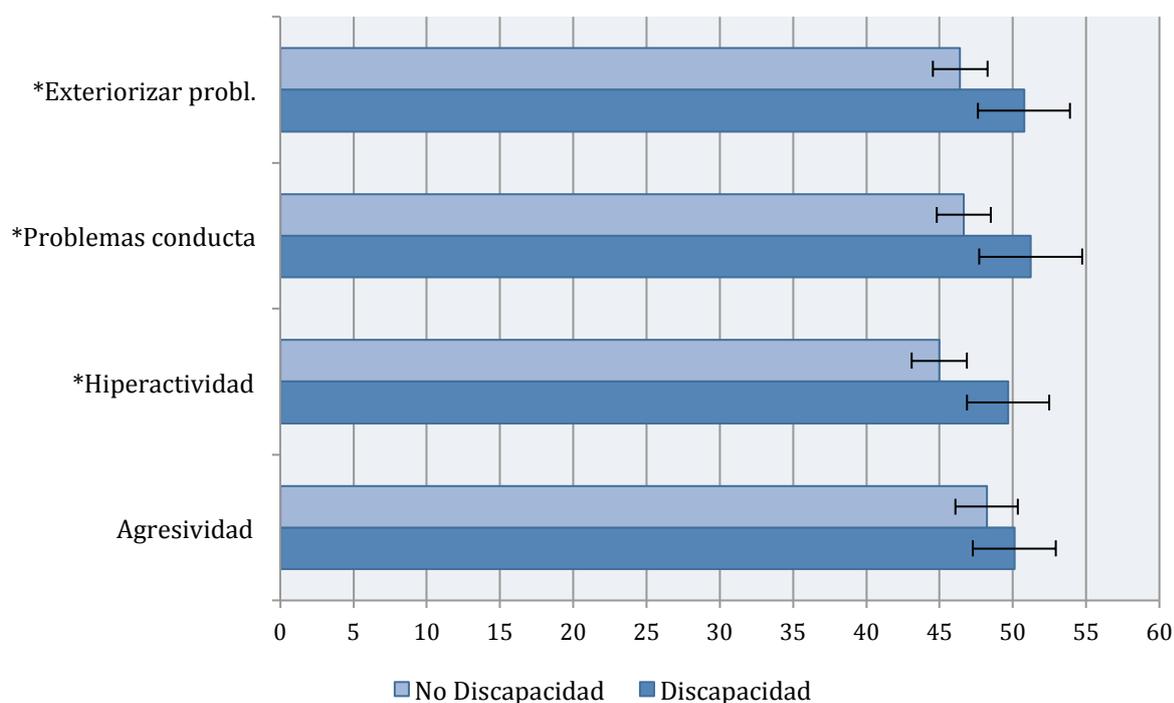


Figura 24. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas

Tabla 9

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Externalización de problemas

BASC Externalizantes	F	sig.	η^2
Agresividad	1,129	0,290	0,010
Hiperactividad	7,738	0,006	0,063
Problemas conducta	5,259	0,024	0,044
Exteriorizar problemas	5,615	0,019	0,047

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Por otro lado, pretendíamos comprobar si existían diferencias significativas en las **variables de tipo internalizante** medidas de igual forma a través del BASC en su escala para tutores de niños con discapacidad auditiva y niños sin discapacidad. En la figura 25 se muestran las puntuaciones. El análisis reveló que existían diferencias significativas entre el grupo de niños con discapacidad auditiva y el grupo de niños con discapacidad en la variable depresión ($F=9.353$; $p=0.003$), sin existir grandes diferencias en las variables ansiedad y somatización. Pueden verse los resultados en la tabla 10.

Tabla 10

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Internalización de problemas

BASC Internalizantes	F	sig.	η^2
Depresión	9,353	0,003	0,075
Ansiedad	1,110	0,294	0,009
Somatización	1,506	0,222	0,013
Interiorizar problemas	4,817	0,030	0,040

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

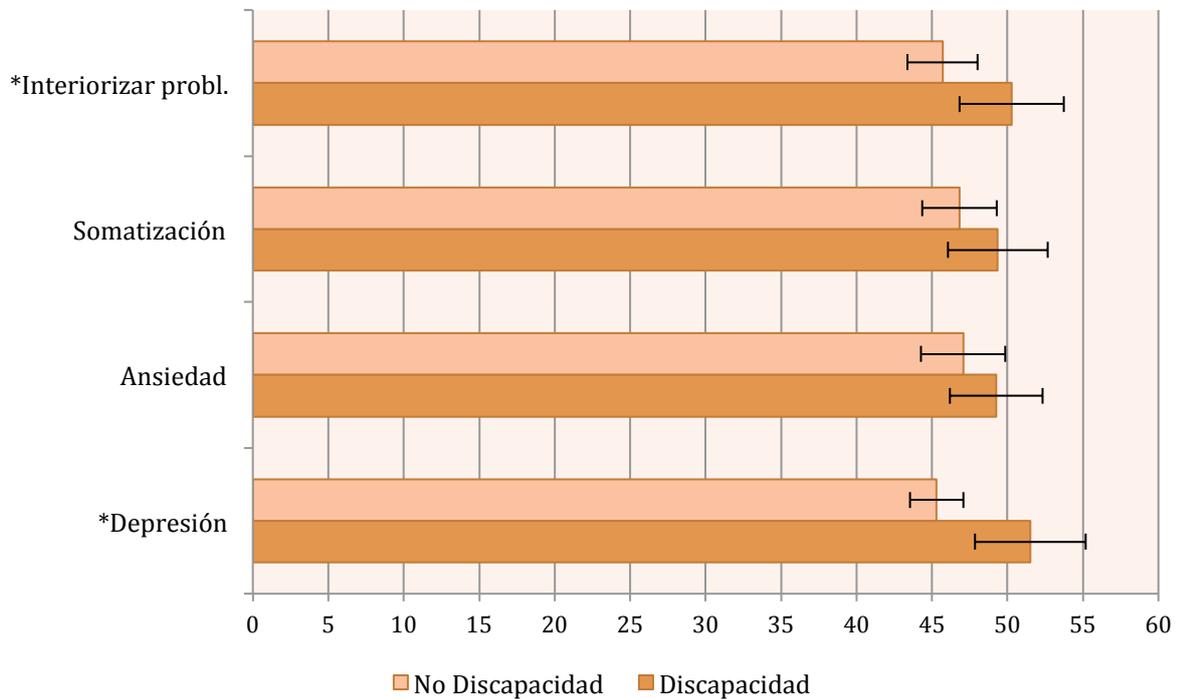


Figura 25. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas

Por otro lado, se midieron los posibles **problemas escolares** que pudieran presentar los chicos con discapacidad auditiva, según la visión de los maestros. En este caso, se han representado las puntuaciones obtenidas en la versión para tutores en la figura 26, mostrando diferencias significativas entre niños con discapacidad auditiva y niños sin discapacidad en las variables problemas de atención ($F=17.891$; $p=0.000$) y problemas de aprendizaje ($F=21.713$; $p=0.000$), como podemos observar en la tabla 11.

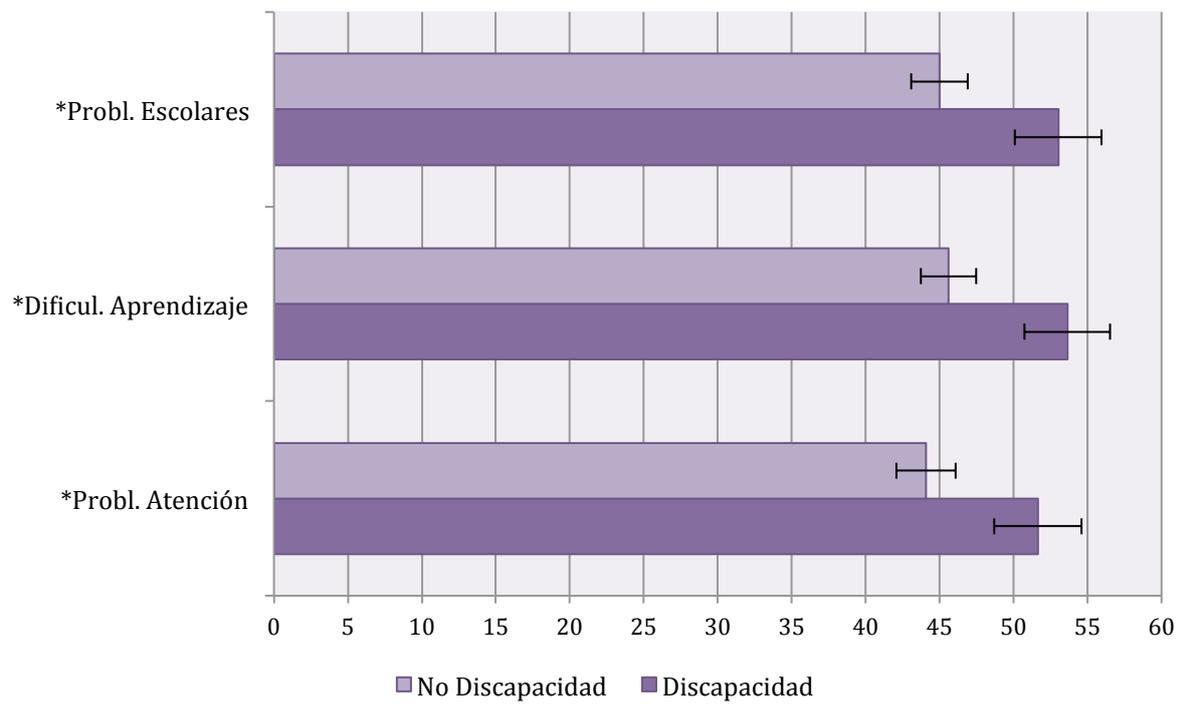


Figura 26. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala problemas Escolares. *Diferencias significativas

Tabla 11

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala problemas Escolares

BASC Escolares	F	sig.	η^2
Problemas atención	17,891	0,000	0,134
Dificultades aprendizaje	21,713	0,000	0,158
Problemas escolares	21,168	0,000	0,154

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Por último, en lo referente a la discapacidad auditiva, se determinó el **nivel de adaptabilidad** de los chicos. En la figura 27 aparecen las puntuaciones de la escala para conocer la percepción de los maestros sobre el nivel de adaptabilidad que presentan los niños con discapacidad auditiva. Tras el análisis, y como podemos comprobar en la tabla 12, las diferencias resultaron ser significativas en todas las variables medidas: adaptabilidad (15.225; $p=0.000$), habilidades sociales ($F=16.853$; $p=0.000$), liderazgo (18.317; $p=0.000$) y habilidades para el estudio ($F=11.574$; $p=0.001$).

En general, al medir las variables de las **escalas globales** de problemas de conducta para niños con y sin discapacidad auditiva, hubo diferencias significativas según los maestros, en todas las escalas puntuadas: Exteriorizar problemas ($F=, 5.615$; $p=0.019$), Interiorizar problemas ($F=4.817$; $p=0.030$), Problemas escolares($F=21.168$; $p=0.000$), Habilidades adaptativas ($F=23.234$; $p=0.000$).

Tabla 12

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Adaptabilidad

BASC Adaptabilidad	F	sig.	η^2
Habilidades sociales	16,853	0,000	0,127
Liderazgo	18,317	0,000	0,137
Adaptabilidad	15,225	0,000	0,142
Habilidades estudio	11,574	0,001	0,091
Habilidades adaptativas	23,234	0,000	0,168

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

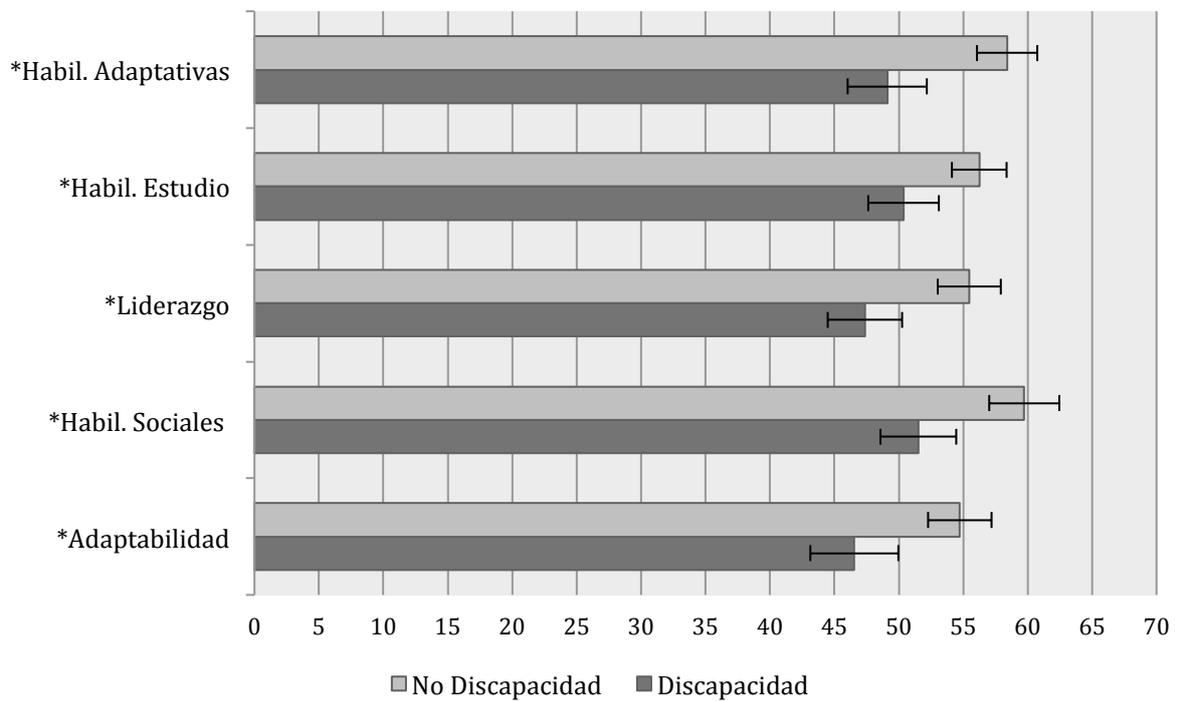


Figura 27. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad auditiva en la escala Adaptabilidad. *Diferencias significativas

A continuación se midieron las variables relacionadas con el grupo de **discapacidad física** de manera independiente.

Igualmente, primero se midieron las variables relacionadas con el **estilo educativo parental** (apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol, cuidado, sobreprotección) de ambos grupos de chicos con y sin discapacidad física, para comprobar si existían diferencias significativas en la crianza de ambos grupos medidos.

Por un lado, las puntuaciones obtenidas por las madres mostraron diferencias significativas en dos de las variables medidas: disciplina ($F=5.283$; $p=0.024$) y distribución de rol ($F=4.153$; $p=0.045$), como vemos en la tabla 13; y en el caso del padres, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas relativas a la crianza de chicos con y sin discapacidad física, como se comprueba en la tabla 14.

Podemos ver las puntuaciones de las madres y los padres en las figuras 28 y 29, respectivamente.

Tabla 13

ANOVA de las madres del grupo discapacidad física en la escala estilo educativo

PCRI Madres	F	sig.	η^2
Apoyo	3,313	0,073	0,043
Autonomía	3,106	0,082	0,040
Cuidado	0,021	0,886	0,000
Compromiso	1,380	0,244	0,018
Comunicación	0,002	0,962	0,000
Disciplina	5,283	0,024	0,067
Distribución rol	4,153	0,045	0,053
Satisfacción crianza	2,884	0,094	0,040
Sobrepotección	1,000	0,320	0,013

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

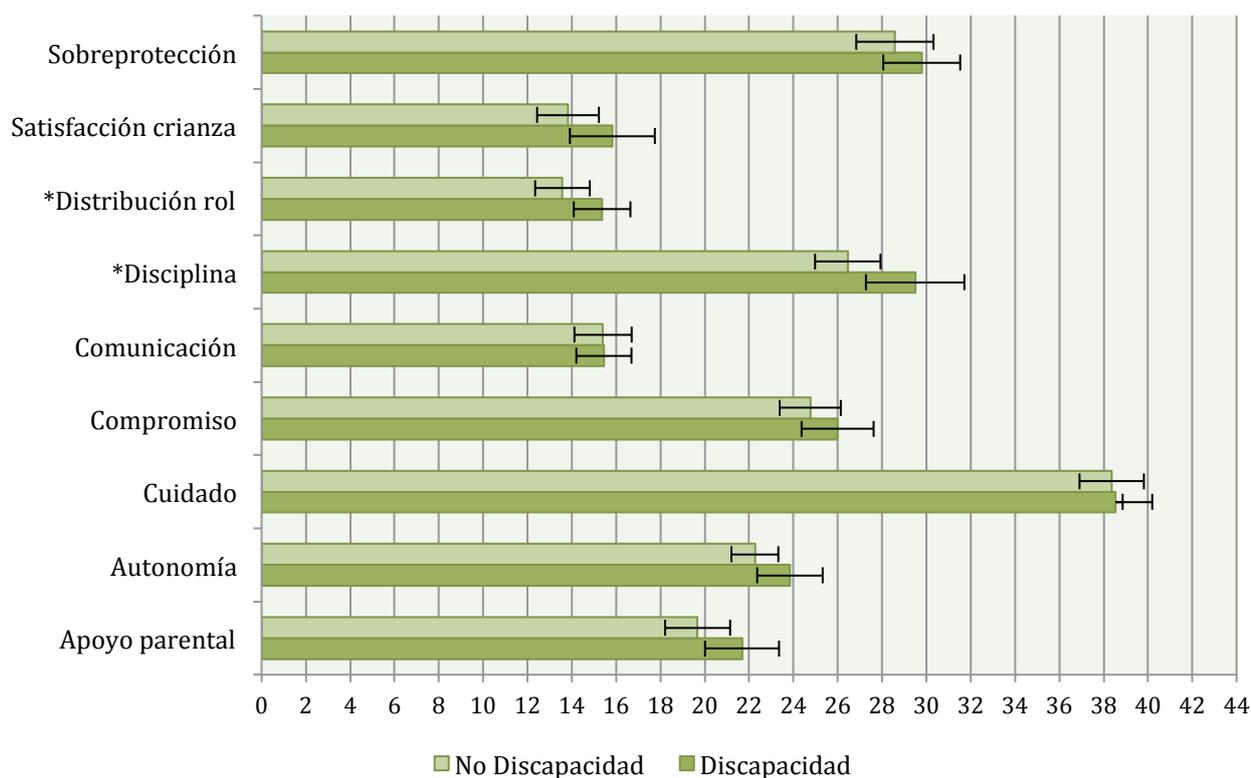


Figura 28. Puntuaciones obtenidas de las madres de chicos con discapacidad física en la escala estilo educativo.
*Diferencias significativas

Tabla 14

ANOVA de los padres del grupo discapacidad física en la escala estilo educativo

PCRI Padres	F	sig.	η^2
Apoyo	1,951	0,168	0,031
Autonomía	1,390	0,243	0,023
Cuidado	0,336	0,564	0,006
Compromiso	1,452	0,233	0,024
Comunicación	0,050	0,824	0,001
Disciplina	0,269	0,606	0,004
Distribución rol	0,228	0,635	0,004
Satisfacción crianza	0,145	0,705	0,002
Sobreprotección	0,902	0,346	0,015

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

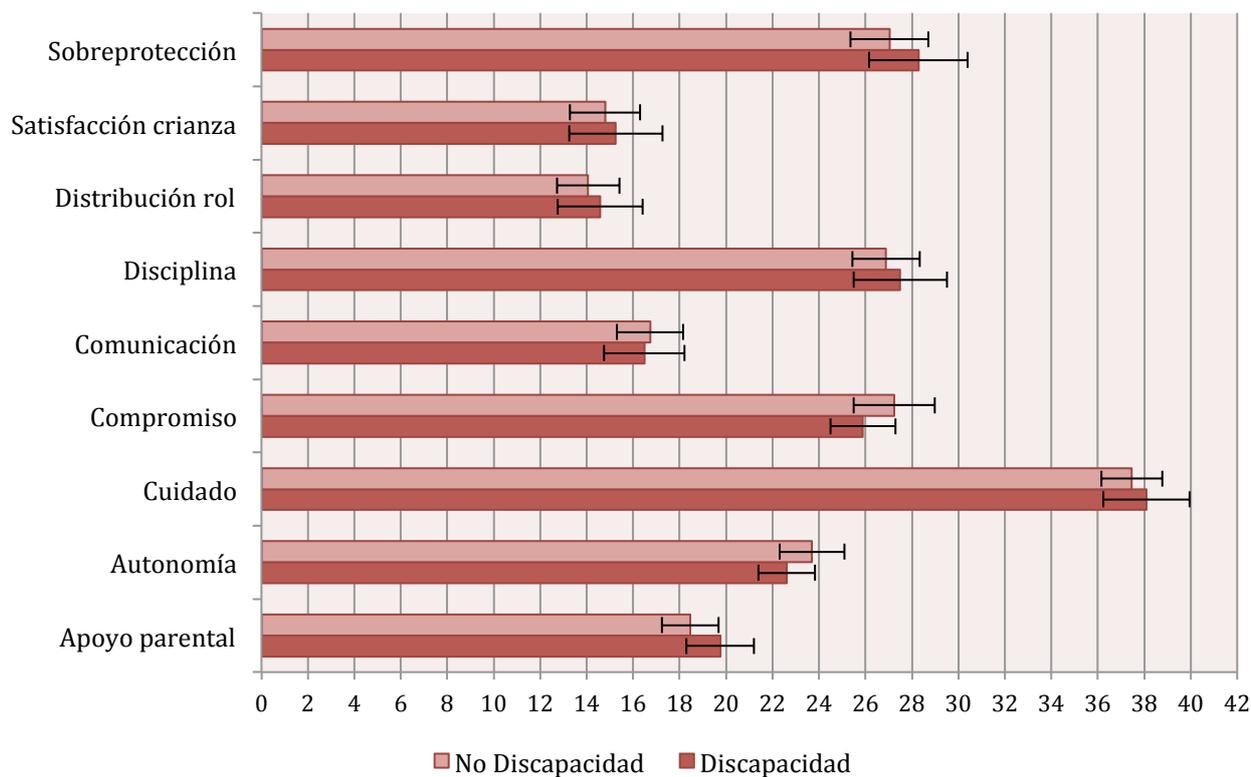


Figura 29. Puntuaciones obtenidas de los padres de chicos con discapacidad física en la escala estilo educativo.
*Diferencias significativas

El siguiente objetivo era determinar si existían diferencias significativas en cuanto al comportamiento de chicos con y sin discapacidad física. Las variables, igual que en los casos anteriores, fueron medidas por el BASC en su versión para tutores.

En la escala **Problemas externalizantes**, como vemos en la tabla 15, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas (agresividad, hiperactividad o problemas de conducta). Así, podemos ver las puntuaciones obtenidas de los maestros en esta escala en la figura 30.

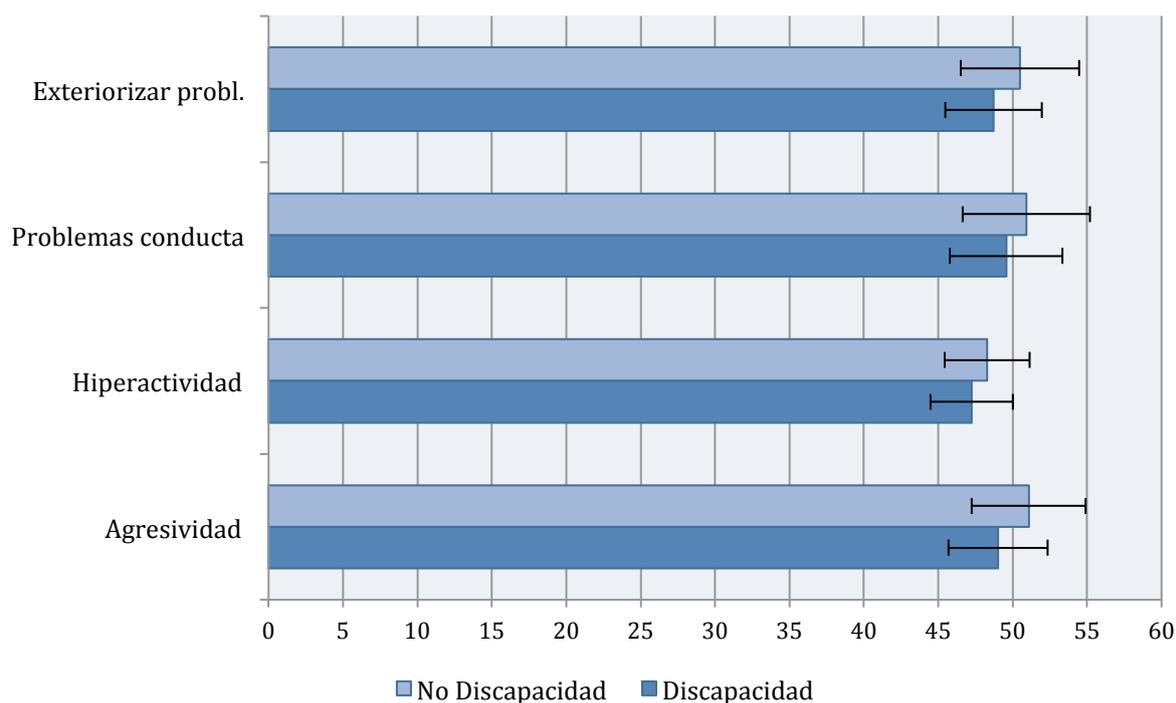


Figura 30. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Externalización de problemas. *Diferencias significativas

Tabla 15

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Externalización de problemas

BASC Externalizantes	F	sig.	η^2
Agresividad	0,666	0,417	0,009
Hiperactividad	0,273	0,603	0,004
Problemas conducta	0,233	0,631	0,003
Exteriorizar problemas	0,484	0,489	0,006

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Por otro lado, en cuanto a la **interiorización de problemas**, hubo diferencias significativas en las variables depresión ($F=6.615$; $p=0.012$) y somatización ($F=7.483$; $p=0.008$), pero no en ansiedad, como podemos observar en la figura 31 y la tabla 16.

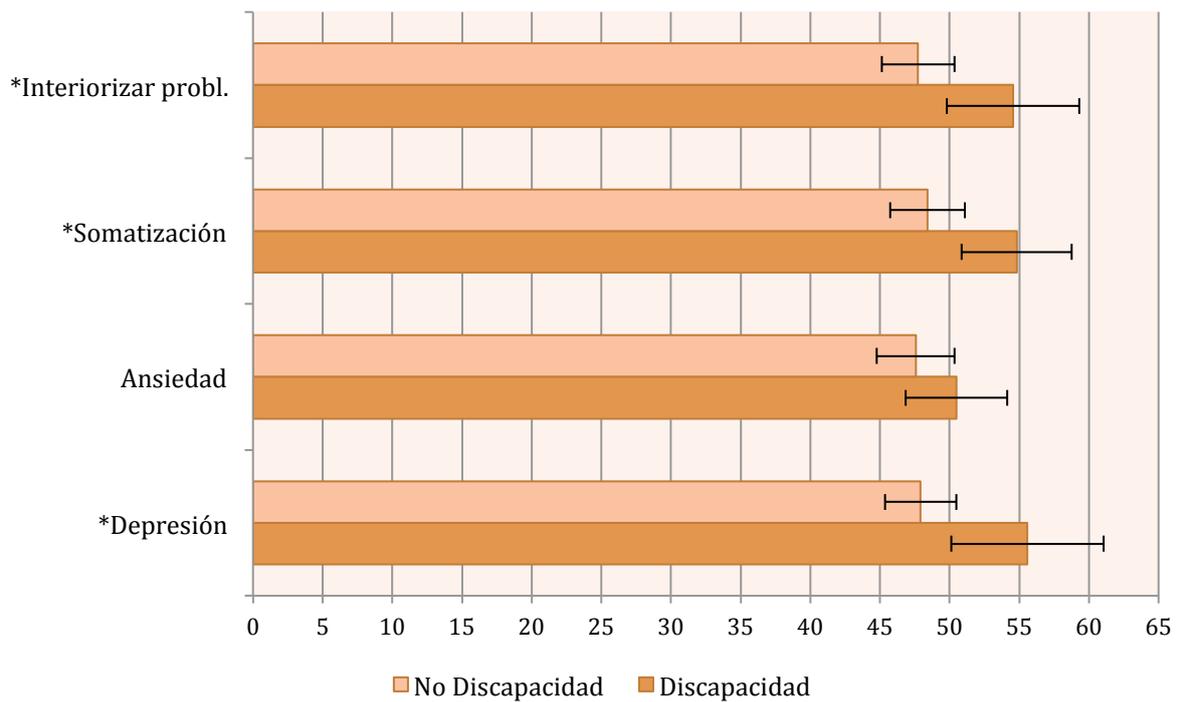


Figura 31. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Internalización de problemas. *Diferencias significativas

Tabla 16

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Internalización de problemas

BASC Internalizantes	F	sig.	η^2
Depresión	6,615	0,012	0,080
Ansiedad	1,663	0,201	0,021
Somatización	7,483	0,008	0,091
Interiorizar problemas	6,540	0,013	0,080

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Asimismo, las puntuaciones obtenidas del BASC en su versión para tutores en la escalas de **problemas escolares y de adaptación**, mostraron diferencias significativas entre el grupo de chicos con y sin discapacidad física en los siguientes aspectos: problemas de atención ($F=4.393$; $p=0.039$), problemas de aprendizaje ($F=12.416$; $p=0.001$), adaptabilidad

($F=4.580$; $p=0.039$), habilidades sociales ($F=7.643$; $p=0.007$), liderazgo ($F=14.175$; $p=0.000$) y habilidades para el estudio ($F=6.588$; $p=0.012$). Podemos observar estas diferencias en las tablas 17 y 18.

Tabla 17

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala problemas Escolares

BASC Escolares	F	sig.	η^2
Problemas atención	4,393	0,039	0,055
Dificultades aprendizaje	12,416	0,001	0,142
Problemas escolares	9,546	0,003	0,113

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Tabla 18

ANOVA de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Adaptabilidad

BASC Adaptabilidad	F	sig.	η^2
Habilidades sociales	7,643	0,007	0,091
Liderazgo	14,175	0,000	0,161
Adaptabilidad	4,580	0,039	0,113
Habilidades estudio	6,588	0,012	0,082
Habilidades adaptativas	13,110	0,001	0,151

Nota: η^2 = tamaño del efecto representado por Eta cuadrado

Las puntuaciones obtenidas de los maestros para la escala problemas escolares puede verse en la figura 32 y las puntuaciones obtenidas en la escala de Adaptabilidad, se observan en la figura 33.

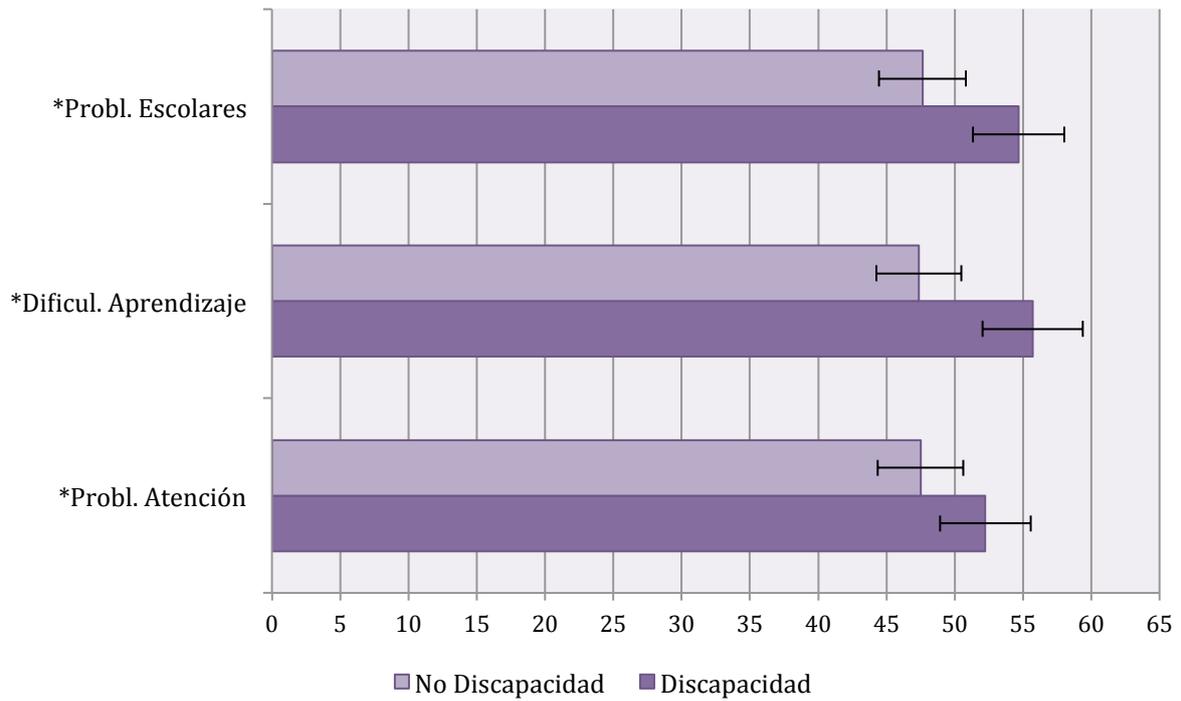


Figura 32. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala problemas Escolares. *Diferencias significativas

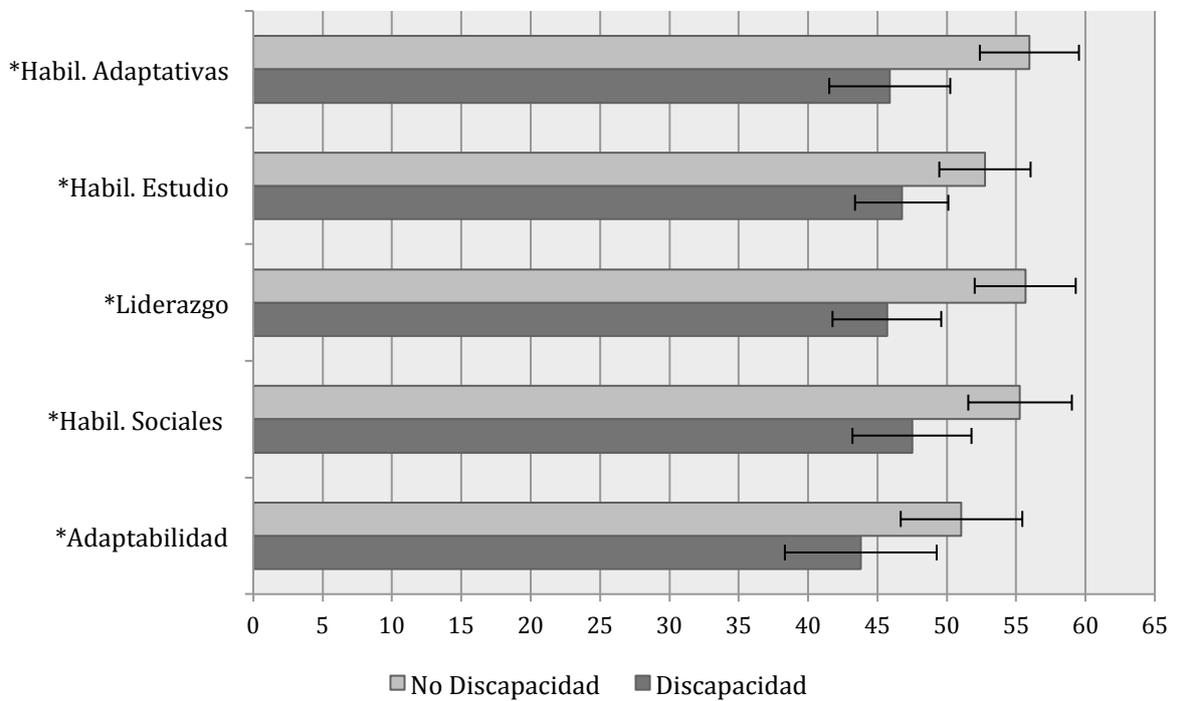


Figura 33. Puntuaciones obtenidas de los maestros de chicos con discapacidad física en la escala Adaptabilidad. *Diferencias significativas

En general, al comparar las puntuaciones obtenidas de las **escalas globales** del mismo instrumento en su versión para tutores, comprobamos diferencias significativas entre chicos con y sin discapacidad física en el desarrollo de Problemas Internalizantes ($F=6.540$, $p=0.013$), Escolares ($F=9.546$; $p=0.003$) y Habilidades adaptativas ($F=13.110$; $p=0.001$), sin grandes diferencias en la Externalización de los problemas ($F=0,484$; $p=0,489$).

SEGUNDO OBJETIVO GENERAL

El segundo gran objetivo de este trabajo pretendía determinar la **relación entre el estilo educativo parental con el desarrollo de problemas de conducta en niños con discapacidad**. Para ello, se trató de describir el efecto conjunto de ciertos aspectos de la crianza parental de cada uno de los grupos como variables independientes: discapacidad general, discapacidad auditiva y discapacidad física, sobre las variables dependientes de las escalas globales de comportamiento: Externalizante, Internalizante, Escolar y Adaptativa.

Se aplicó en cada caso un **análisis de regresión múltiple**, para obtener un modelo predictor de cada una de las variables dependientes, compuesto por una combinación de variables independientes o factores predictores, cuyos coeficientes beta informan sobre su aportación al modelo como predictoras de puntuaciones de riesgo o de puntuaciones adaptadas. Con todo, en función de las variables independientes que tengamos en cuenta, se plantearon una serie de modelos que fueron medidos por su significatividad, gracias al

método hacia delante del paquete SPSS, que permite introducir las variables, de manera que se obtienen tantos modelos como variables vamos introduciendo.

En el caso de los **trastornos externalizantes**, se estableció la relación entre las prácticas parentales ejercidas por padres y madres de niños con y sin discapacidad como predictoras del desarrollo de estos problemas de conducta.

Así, en el grupo de **discapacidad general**, considerando la muestra total de nuestro estudio, pudimos comprobar, como se aprecia en la tabla 19, que el modelo 8, explica el 24% de la varianza con respecto a los problemas de conducta externalizante, ya que presenta una R^2 de 0,240. Las variables incluidas en el modelo serían: sobreprotección del padre y comunicación, autonomía, disciplina, satisfacción con la crianza, distribución de rol, apoyo y cuidado de la madre. De estas variables, cabe mencionar que disciplina y distribución de rol se presentan como factor de protección ante los problemas de conducta externalizantes, y el resto actuarían como factor de riesgo para el desarrollo de estos problemas. Podemos comprobar esta relación en la tabla 20 en la que se representan los coeficientes B de las mismas.

Tabla 19

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,284	,080	,068	10,437	6,561	,012	,080	6,561	,012
2	,356	,127	,103	10,239	5,375	,007	,046	3,932	,051
3	,386	,149	,114	10,179	4,253	,008	,022	1,881	,174
4	,408	,166	,120	10,143	3,593	,010	,018	1,523	,221
5	,445	,198	,141	10,021	3,498	,007	,031	2,764	,101
6	,461	,213	,145	9,995	3,155	,009	,015	1,356	,248
7	,476	,227	,148	9,978	2,892	,010	,014	1,246	,268
8	,490	,240	,150	9,967	2,68	,013	,013	1,151	,287
9	,499	,249	,148	9,978	2,471	,017	,010	,851	,360
10	,505	,255	,142	10,016	2,257	,024	,006	,495	,484
11	,510	,260	,135	10,058	2,075	,035	,005	,448	,506
12	,511	,261	,123	10,128	1,884	,053	,001	,099	,754
13	,512	,262	,109	10,204	1,718	,079	,001	,055	,816
14	,512	,262	,095	10,284	1,572	,113	,000	,027	,871
15	,512	,262	,081	10,366	1,445	,156	,000	,017	,897
16	,512	,262	,066	10,452	1,334	,208	,000	,010	,920
17	,512	,262	,050	10,539	1,235	,267	,000	,011	,918
18	,512	,263	,034	10,629	1,147	,334	,000	,001	,978

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: sobreprotección padre. Modelo 2: sobreprotección padre/comunicación madre. Modelo 3: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre. Modelo 4: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre /disciplina madre. Modelo 5: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre. Modelo 6: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre/distribución de rol madre. Modelo 7: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre/distribución de rol madre/apoyo madre. Modelo 8: sobreprotección padre/comunicación madre/ autonomía madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre/distribución de rol madre/apoyo madre/cuidado madre.

Tabla 20

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad

Modelo 8	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-10,579	24,446		-,433	,667	-59,361	38,203
Sobreprotección padre	,726	,282	,291	2,573	,012	,163	1,289
Comunicación madre	,713	,397	,232	1,795	,077	-,080	1,506
Autonomía madre	,699	,328	,264	2,134	,036	,045	1,353
Disciplina madre	-,667	,321	-,335	-2,080	,041	-1,307	-,027
Satisfacción madre	,844	,373	,325	2,263	,027	,100	1,588
Distribución rol madre	-,494	,421	-,158	-1,174	,245	-1,334	,346
Apoyo madre	,477	,383	,181	1,244	,218	-,288	1,241
Cuidado madre	,419	,391	,157	1,073	,287	-,361	1,199

Además de este modelo general para la discapacidad considerada globalmente, se realizaron análisis específicos para la discapacidad auditiva y para la física. Así, para el grupo con **discapacidad auditiva**, se ha establecido una predicción del 50% de la varianza para el desarrollo de problemas de conducta externalizante. En este caso, la R^2 es de 0,500, como podemos ver en la tabla 21. Así, el modelo 8 muestra que las prácticas parentales que permiten predecir estos problemas serían: sobreprotección del padre y autonomía, distribución de rol, apoyo, disciplina, satisfacción con la crianza, comunicación y compromiso de la madre. Por otro lado, como podemos observar en la tabla 22, según los valores del coeficiente B, podemos afirmar que tres de las prácticas de crianza ejercen como factor de protección ante los problemas de conducta externalizantes (Distribución rol madre/Disciplina madre/Compromiso madre). El resto, ejercería su influencia como factores de riesgo para tales problemas (Sobreprotección padre/Autonomía madre/Apoyo madre/Satisfacción madre/Comunicación madre).

Tabla 21

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad auditiva

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,335	,112	,098	11,726	5,025	,031	,122	5,025	,031
2	,447	,200	,154	11,354	4,377	,020	,078	3,395	,074
3	,510	,260	,195	11,077	3,990	,015	,060	2,774	,105
4	,570	,325	,243	10,743	3,970	,010	,064	3,150	,085
5	,599	,359	,259	10,628	3,587	,011	,034	1,715	,200
6	,633	,401	,285	10,442	3,455	,010	,042	2,150	,153
7	,662	,438	,307	10,281	3,339	,009	,037	1,982	,169
8	,707	,500	,362	9,859	3,630	,005	,062	3,624	,067
9	,712	,507	,349	9,965	3,200	,009	,007	,383	,541
10	,728	,531	,357	9,904	3,051	,010	,023	1,349	,256
11	,736	,542	,348	9,967	2,798	,015	,012	,658	,425
12	,741	,549	,332	10,092	2,532	,024	,007	,361	,554
13	,744	,553	,311	10,247	2,287	,038	,005	,251	,621
14	,746	,557	,287	10,429	2,062	,060	,003	,167	,686
15	,747	,557	,255	10,654	1,846	,093	,001	,039	,846
16	,747	,557	,220	10,903	1,653	,139	,000	,007	,936
17	,747	,557	,181	11,172	1,482	,199	,000	,001	,971
18	,747	,558	,138	11,461	1,330	,271	,000	,002	,962

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: sobreprotección padre. Modelo 2: sobreprotección padre/autonomía madre. Modelo 3: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre. Modelo 4: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre/apoyo madre. Modelo 5: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre/apoyo madre/disciplina madre. Modelo 6: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre/apoyo madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre. Modelo 7: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre/apoyo madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre/comunicación madre. Modelo 8: sobreprotección padre/autonomía madre/distribución de rol madre/apoyo madre/disciplina madre/satisfacción crianza madre/comunicación madre/compromiso madre.

Tabla 22

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad auditiva

Modelo 8	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	5,991	18,046		,332	,742	-30,916	42,899
Sobreprotección padre	,717	,569	,203	1,260	,218	-,446	1,880
Autonomía madre	1,883	,572	,606	3,294	,003	,714	3,052
Distribución rol madre	-1,316	,539	-,401	-2,439	,021	-2,419	-,212
Apoyo madre	1,626	,589	,542	2,760	,010	,421	2,831
Disciplina madre	-1,506	,700	-,571	-2,152	,040	-2,938	-,075
Satisfacción madre	1,470	,629	,427	2,339	,026	,185	2,756
Comunicación madre	1,377	,619	,425	2,226	,034	,112	2,643
Compromiso madre	-1,288	,676	-,442	-1,904	,067	-2,671	,096

Por ultimo, el análisis de regresión mostró una relación entre el estilo educativo parental y los problemas de conducta externalizantes en el grupo de chicos con **discapacidad física**, con un modelo predictor del 78,5% de la varianza. La tabla 23 muestra un R^2 de 0,785 en el modelo 10. Las variables que aportan significatividad a este modelo son: distribución de rol, cuidado, compromiso, autonomía, sobreprotección y disciplina de la madre y distribución de rol, sobreprotección, apoyo y compromiso del padre. Los coeficientes B representados en la tabla 24 indican que cuatro de las diez variables actúan como factores protectores respecto a los problemas de conducta externalizantes en discapacidad física: autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/disciplina madre. Por el contrario, las variables que actúan como factor de riesgo serían: distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/sobreprotección padre/apoyo padre/compromiso padre.

Tabla 23

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta externalizantes en chicos con discapacidad física

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,591	,349	,319	8,926	11,786	,002	,349	11,786	,002
2	,675	,456	,404	8,348	8,811	,002	,107	4,150	,054
3	,732	,536	,466	7,904	7,698	,001	,080	3,431	,079
4	,758	,575	,485	7,761	6,421	,002	,039	1,739	,203
5	,791	,626	,522	7,477	6,030	,002	,051	2,474	,133
6	,812	,660	,540	7,337	5,502	,003	,034	1,696	,210
7	,830	,688	,552	7,240	5,050	,004	,028	1,455	,245
8	,854	,729	,584	6,977	5,037	,004	,040	2,230	,146
9	,873	,762	,608	6,772	4,967	,004	,033	1,923	,187
10	,886	,785	,620	6,671	4,748	,005	,024	1,425	,254
11	,894	,800	,616	6,701	4,359	,009	,015	,886	,365
12	,900	,809	,601	6,832	3,889	,016	,009	,542	,477
13	,907	,822	,590	6,924	3,550	,026	,013	,712	,419
14	,923	,852	,621	6,661	3,690	,027	,030	1,803	,212
15	,933	,870	,627	6,609	3,575	,037	,019	1,142	,316
16	,936	,875	,591	6,919	3,077	,069	,005	,299	,601
17	,936	,876	,525	7,459	2,493	,132	,000	,024	,883

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: distribución rol madre. Modelo 2: Distribución rol madre/cuidado madre. Modelo 3: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre. Modelo 4: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre. Modelo 5: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre. Modelo 6: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre. Modelo 7: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/sobreprotección padre. Modelo 8: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre. Modelo 9: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/apoyo padre. Modelo 10: Distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/apoyo padre/compromiso padre.

Tabla 24

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta externalizantes para chicos con discapacidad física

Modelo 10	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-26,978	37,486		-,720	,484	-107,961	54,006
Distribución rol madre	3,711	1,028	1,050	3,611	,003	1,491	5,931
Cuidado madre	,340	,724	,155	,469	,647	-1,224	1,903
Compromiso madre	,461	,656	,188	,703	,495	-,956	1,878
Autonomía madre	-,420	,643	-,146	-,654	,525	-1,809	,969
Sobreprotección madre	-,442	,545	-,219	-,810	,432	-1,620	,736
Distribución rol padre	-1,765	,717	-,717	-2,462	,029	-3,313	-,216
Sobreprotección padre	,717	,365	,373	1,965	,071	-,071	1,505
Disciplina madre	-,795	,356	-,469	-2,233	,044	-1,565	-,026
Apoyo padre	1,286	,759	,397	1,694	,114	-,354	2,926
Compromiso padre	,811	,679	,287	1,194	,254	-,657	2,278

Por otro lado, como ya se indicó, resultaba interesante analizar la relación de las prácticas de crianza con el desarrollo de **trastornos internalizantes** en chicos con y sin discapacidad, para lo cual se hicieron también una serie de modelos predictores de estos problemas mediante análisis de regresión múltiple. Como podemos ver en la tabla 25, en el grupo de chicos con **discapacidad general**, el modelo 7 predijo el 23,3% de la varianza, pues mostraba un R^2 del 0,233. Con todo, las variables que presentaron cambio significativo en F fueron: autonomía, disciplina, distribución de rol y compromiso de la madre y satisfacción con la crianza, sobreprotección y apoyo del padre. Además, los coeficientes B que aparecen en la tabla 26 muestran cómo la mayoría de las variables actúan como factores de riesgo ante los problemas de conducta internalizantes: autonomía madre/satisfacción padre/sobreprotección padre/compromiso madre/apoyo padre. Por otro lado, disciplina madre/distribución rol madre actuarían como variables protectoras.

Tabla 25

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,265	,070	,058	12,585	5,643	,020	,070	5,643	,020
2	,338	,114	,090	12,364	4,772	,011	,044	3,699	,058
3	,404	,164	,129	12,097	4,760	,004	,049	4,308	,041
4	,436	,190	,145	11,986	4,227	,004	,027	2,363	,129
5	,449	,202	,145	11,985	3,584	,006	,011	1,007	,319
6	,470	,221	,154	11,923	3,309	,006	,019	1,747	,191
7	,483	,233	,155	11,916	2,992	,008	,012	1,071	,304
8	,491	,241	,152	11,940	2,698	,012	,008	,724	,398
9	,500	,250	,149	11,961	2,475	,017	,009	,767	,384
10	,511	,261	,149	11,956	2,336	,020	,012	1,059	,307
11	,520	,271	,147	11,971	2,193	,025	,009	,831	,365
12	,528	,279	,143	11,998	2,060	,033	,008	,703	,405
13	,530	,280	,132	12,079	1,888	,049	,002	,152	,697
14	,531	,282	,119	12,165	1,736	,071	,001	,110	,741
15	,532	,283	,107	12,253	1,605	,099	,001	,111	,740
16	,534	,285	,094	12,337	1,494	,132	,002	,168	,684
17	,534	,285	,079	12,440	1,384	,178	,000	,013	,909
18	,534	,285	,063	12,547	1,285	,232	,000	,002	,963

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: autonomía madre. Modelo 2: autonomía madre/satisfacción crianza padre. Modelo 3: autonomía madre/satisfacción crianza padre/disciplina madre. Modelo 4: autonomía madre/satisfacción crianza padre/disciplina madre/sobreprotección padre. Modelo 5: autonomía madre/satisfacción crianza padre/disciplina madre/sobreprotección padre/distribución rol madre. Modelo 6: autonomía madre/satisfacción crianza padre/disciplina madre/sobreprotección padre/distribución rol madre/compromiso madre. Modelo 7: autonomía madre/satisfacción crianza padre/disciplina madre/sobreprotección padre/distribución rol madre/compromiso madre/apoyo padre.

Tabla 26

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad

Modelo 7	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	9,603	13,219		,726	,470	-16,768	35,973
Autonomía madre	1,193	,397	,366	3,002	,004	,400	1,986
Satisfacción padre	,734	,427	,234	1,720	,090	-,117	1,586
Disciplina madre	-,885	,321	-,369	-2,753	,008	-1,526	-,244
Sobrepotección padre	,413	,348	,138	1,185	,240	-,282	1,107
Distribución rol madre	-,742	,487	-,198	-1,524	,132	-1,714	,229
Compromiso madre	,648	,435	,212	1,487	,141	-,221	1,516
Apoyo padre	,549	,531	,134	1,035	,304	-,510	1,608

Por otro lado, las prácticas parentales pudieron predecir el 49,1 % de la varianza para el grupo de chicos con **discapacidad auditiva**. Como podemos ver en la tabla 27, el modelo 9 muestra un R^2 de 0,491, y las variables predictoras son: autonomía, distribución de rol, comunicación, disciplina y apoyo de la madre, y cuidado, comunicación, compromiso y autonomía del padre. Como podemos observar en la tabla 28, según los coeficientes B muestran que tres de las variables actuarían como factor protector: distribución rol madre/disciplina madre/autonomía padre; por otro lado, el resto de variables ejercen su significatividad como factores protectores con respecto a los problemas de conducta internalizantes en niños con discapacidad auditiva: autonomía madre/comunicación madre/cuidado padre/comunicación padre/apoyo madre/compromiso padre.

Tabla 27

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad auditiva

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,301	,091	,065	11,925	3,587	,066	,091	3,587	,066
2	,396	,157	,109	11,646	3,252	,051	,066	2,743	,107
3	,518	,269	,204	11,005	4,161	,013	,112	5,198	,029
4	,567	,321	,239	10,760	3,906	,011	,053	2,567	,119
5	,589	,347	,245	10,715	3,405	,014	,026	1,274	,267
6	,631	,398	,282	10,455	3,416	,011	,051	2,613	,116
7	,656	,430	,297	10,340	3,235	,011	,032	1,692	,203
8	,682	,466	,318	10,184	3,159	,011	,035	1,925	,176
9	,701	,491	,327	10,116	3,001	,012	,025	1,394	,248
10	,711	,506	,323	10,152	2,762	,017	,015	,800	,379
11	,717	,515	,309	10,251	2,506	,027	,009	,480	,495
12	,721	,520	,290	10,393	2,259	,041	,006	,296	,591
13	,722	,522	,263	10,589	2,015	,066	,002	,082	,778
14	,723	,523	,233	10,805	1,801	,102	,001	,052	,822
15	,725	,525	,201	11,025	1,620	,148	,002	,090	,767
16	,726	,527	,166	11,264	1,460	,206	,002	,077	,785
17	,726	,527	,125	11,537	1,311	,279	,000	,018	,894
18	,726	,527	,079	11,835	1,177	,363	,000	,006	,941

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: autonomía madre. Modelo 2: autonomía madre/distribución rol madre. Modelo 3: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre. Modelo 4: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre. Modelo 5: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre/cuidado padre. Modelo 6: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre/cuidado padre/comunicación padre. Modelo 7: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre/cuidado padre/comunicación padre/apoyo madre. Modelo 8: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre/cuidado padre/comunicación padre/apoyo madre/compromiso padre. Modelo 9: autonomía madre/distribución rol madre/comunicación madre/disciplina madre/cuidado padre/comunicación padre/apoyo madre/compromiso padre/autonomía padre.

Tabla 28

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad auditiva

Modelo 9	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-106,336	54,284		1,959	,060	-271,533	4,860
Autonomía madre	2,988	,769	,962	3,888	,001	1,414	4,562
Distribución rol madre	-1,434	,518	-,437	-2,766	,010	-2,495	-,372
Comunicación madre	1,074	,600	,332	1,791	,084	-,155	2,302
Disciplina madre	-1,696	,644	-,644	-2,633	,014	-3,017	-,376
Cuidado padre	2,271	,832	,758	2,730	,011	,567	3,974
Comunicación padre	1,613	,903	,436	1,786	,085	-,237	3,464
Apoyo madre	1,100	,634	,367	1,735	,094	-,199	2,399
Compromiso padre	,890	,616	,314	1,445	,160	-,372	2,152
Autonomía padre	-,792	,671	-,213	-1,181	,248	-2,167	,582

Así, para el grupo de chicos con **discapacidad física**, como se puede ver en la tabla 29, las variables que suponen un cambio significativo en F son: la satisfacción con la crianza, la comunicación, el apoyo y sobreprotección del padre y la disciplina ejercida, el compromiso, la comunicación, la satisfacción con la crianza y la distribución de rol por parte de la madre; haciendo aportación significativa al modelo 9. En este caso, se presenta una R^2 de 0,728, prediciendo el 72,8% de la varianza con respecto a los problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad física. Como se puede apreciar en la tabla 30, los coeficientes B de las variables anteriormente mencionadas, muestran cómo cuatro de ellas actúan como variables protectoras de los problemas de conducta internalizantes: comunicación padre/disciplina madre/comunicación madre/satisfacción crianza madre. El resto, ejerce su significatividad con respecto a estos problemas, como factores de riesgo: satisfacción crianza padre/apoyo padre/compromiso madre/distribución rol madre/sobreprotección padre.

Tabla 29

Resumen de los distintos modelos para problemas de conducta internalizantes en chicos con discapacidad física

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,532	,283	,252	12,681	9,075	,006	,283	9,075	,006
2	,614	,377	,320	12,090	6,643	,006	,094	3,302	,083
3	,651	,424	,342	11,895	5,151	,008	,047	1,728	,203
4	,710	,504	,405	11,311	5,079	,005	,080	3,227	,088
5	,754	,568	,454	10,832	4,992	,004	,064	2,806	,110
6	,782	,611	,481	10,559	4,710	,005	,043	1,995	,175
7	,805	,647	,502	10,342	4,460	,006	,037	1,762	,202
8	,836	,700	,550	9,839	4,660	,004	,052	2,784	,115
9	,853	,728	,564	9,675	4,456	,005	,028	1,549	,232
10	,861	,741	,556	9,773	4,000	,009	,013	,700	,417
11	,868	,753	,544	9,902	3,601	,016	,012	,638	,439
12	,881	,776	,553	9,804	3,471	,020	,023	1,260	,284
13	,887	,787	,535	10,002	3,120	,033	,010	,531	,481
14	,891	,793	,504	10,321	2,744	,057	,007	,330	,579
15	,891	,794	,451	10,860	2,316	,103	,001	,033	,861
16	,891	,795	,384	11,504	1,936	,173	,001	,020	,890
17	,892	,795	,296	12,297	1,595	,273	,000	,002	,965
18	,892	,795	,181	13,269	1,294	,399	,000	,012	,917

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: satisfacción crianza padre. Modelo 2: satisfacción crianza padre/comunicación padre. Modelo 3: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre. Modelo 4: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre. Modelo 5: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre/compromiso madre. Modelo 6: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre/compromiso madre/comunicación madre. Modelo 7: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre/compromiso madre/comunicación madre/satisfacción crianza madre. Modelo 8: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre/compromiso madre/comunicación madre/satisfacción crianza madre/distribución rol madre. Modelo 9: satisfacción crianza padre/comunicación padre/apoyo padre/disciplina madre/compromiso madre/comunicación madre/satisfacción crianza madre/distribución rol madre/sobreprotección padre.

Tabla 30

Modelo de regresión múltiple para los problemas de conducta internalizantes para chicos con discapacidad física

Modelo 9	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	2,397	17,567		,136	,893	-35,047	39,841
Satisfacción crianza padre	1,859	,763	,671	2,435	,028	,232	3,486
Comunicación padre	-,514	,783	-,149	-,657	,521	-2,183	1,154
Apoyo padre	,513	1,051	,115	,488	,632	-1,727	2,753
Disciplina madre	,1,070	,465	-,461	-2,301	,036	-2,061	-,079
Compromiso madre	2,182	,999	,660	2,183	,045	,052	4,311
Comunicación madre	-2,200	1,155	-,530	-1,904	,076	-4,662	,262
Satisfacción crianza madre	-1,644	,760	-,601	-2,165	,047	-3,263	-,025
Distribución rol madre	2,470	1,247	,514	1,981	,066	-,187	5,128
Sobreprotección padre	,614	,493	,231	1,245	,232	-,437	1,665

Por otro lado, con respecto a los **problemas escolares**, de los modelos que se crearon para el grupo de chicos con **discapacidad general**, que engloba la totalidad de la muestra con discapacidad, se seleccionó el modelo 5, que predecía el 25,9% de la varianza. Como se puede apreciar en la tabla 31, este modeló presentó una R^2 de 0,259. Las variables que aportan significatividad de cambio fueron: sobreprotección, autonomía y apoyo por parte del padre; así como sobreprotección de la madre y apoyo. Los coeficientes B representados en la tabla 32 indican que tres de las cinco variables actúan como factor de riesgo con respecto a los problemas escolares en chicos con discapacidad: sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre. Las otras dos variables ejercen su valor como protector: sobreprotección madre/apoyo padre.

Tabla 31

Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,346	,120	,108	9,788	10,076	,002	,120	10,076	,002
2	,445	,198	,176	9,407	9,017	,000	,078	7,124	,009
3	,470	,221	,189	9,333	6,823	,000	,023	2,151	,147
4	,488	,238	,195	9,297	5,546	,001	,017	1,557	,216
5	,509	,259	,207	9,232	4,904	,001	,021	2,016	,160
6	,517	,267	,204	9,247	4,199	,001	,008	,762	,386
7	,530	,281	,207	9,230	3,793	,002	,013	1,259	,266
8	,532	,283	,198	9,283	3,310	,003	,002	,231	,632
9	,537	,289	,192	9,317	2,976	,005	,005	,503	,481
10	,542	,294	,185	9,356	2,702	,008	,005	,455	,502
11	,543	,295	,174	9,419	2,437	,013	,002	,139	,711
12	,545	,298	,164	9,477	2,224	,021	,002	,211	,648
13	,546	,299	,151	9,547	2,030	,033	,001	,090	,766
14	,549	,301	,140	9,608	1,875	,047	,002	,206	,651
15	,549	,302	,127	9,683	1,728	,069	,001	,068	,796
16	,549	,302	,112	9,764	1,594	,099	,000	,007	,933
17	,549	,302	,097	9,847	1,475	,137	,000	,002	,967
18	,549	,302	,081	9,933	1,369	,183	,000	,001	,977

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: sobreprotección padre. Modelo 2: sobreprotección padre/autonomía padre. Modelo 3: sobreprotección padre/autonomía padre/sobreprotección madre. Modelo 4: sobreprotección padre/autonomía padre/sobreprotección madre/apoyo madre. Modelo 5: sobreprotección padre/autonomía padre/sobreprotección madre/apoyo madre/ apoyo padre.

Tabla 32

Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad

Modelo 5	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	9,116	11,710		,778	,439	-14,240	32,471
Sobreprotección padre	1,022	,283	,426	3,606	,001	,457	1,587
Autonomía padre	1,198	,373	,356	3,215	,002	,455	1,941
Sobreprotección madre	-,452	,278	-,192	-1,628	,108	-1,005	,102
Apoyo madre	,585	,320	,228	1,829	,072	-,053	1,222
Apoyo padre	-,615	,433	-,189	-1,420	,160	-1,479	,249

Asimismo, las variables que aportan significatividad de cambio en F con respecto a los problemas escolares de chicos con **discapacidad auditiva** fueron: sobreprotección, autonomía, cuidado, apoyo y disciplina del padre, y distribución de rol por parte de la madre, apoyo y sobreprotección de esta. Como vemos en la tabla 33, el modelo 8 presenta una R^2 de 0,508 de la varianza, prediciendo el 50,8% de estos problemas. Los coeficientes B representados en la tabla 34, nos indican que la mitad de las variables del modelo se presentan como protectoras de los problemas escolares en los chicos con discapacidad auditiva (distribución rol madre/disciplina padre/sobreprotección madre/apoyo padre) y la otra mitad de las variables actúan como factores de riesgo para estos problemas (sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/cuidado padre).

Tabla 33

Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad auditiva

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,483	,233	,212	9,819	10,960	,002	,233	10,960	,002
2	,569	,323	,285	9,357	8,358	,001	,090	4,646	,038
3	,600	,360	,303	9,235	6,363	,002	,036	1,930	,174
4	,644	,415	,344	8,960	5,850	,001	,055	3,120	,087
5	,673	,453	,367	8,801	5,290	,001	,038	2,200	,148
6	,686	,470	,368	8,797	4,583	,002	,018	1,026	,319
7	,699	,488	,369	8,786	4,092	,003	,018	1,079	,307
8	,713	,508	,373	8,761	3,748	,004	,020	1,174	,288
9	,722	,521	,367	8,798	3,388	,006	,013	,756	,392
10	,735	,541	,371	8,775	3,179	,008	,019	1,145	,294
11	,756	,571	,389	8,644	3,145	,008	,030	1,827	,188
12	,765	,585	,385	8,672	2,933	,011	,014	,831	,371
13	,768	,590	,367	8,799	2,652	,019	,005	,284	,599
14	,770	,593	,345	8,955	2,390	,031	,003	,173	,682
15	,771	,595	,318	9,133	2,152	,050	,002	,113	,740
16	,772	,596	,289	9,329	1,939	,078	,002	,083	,776
17	,773	,597	,255	9,548	1,745	,117	,001	,049	,828
18	,773	,597	,216	9,796	1,566	,170	,000	,000	,988

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: sobreprotección padre. Modelo 2: sobreprotección padre/autonomía padre. Modelo 3: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre. Modelo 4: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre/apoyo madre. Modelo 5: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre/apoyo madre/cuidado padre. Modelo 6: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre/apoyo madre/cuidado padre/disciplina padre. Modelo 7: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre/apoyo madre/cuidado padre/disciplina padre/sobreprotección madre. Modelo 8: sobreprotección padre/autonomía padre/distribución rol madre/apoyo madre/cuidado padre/disciplina padre/sobreprotección madre/apoyo padre.

Tabla 34

Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad auditiva

Modelo 8	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-26,478	30,019		-,882	,385	-87,875	34,919
Sobreprotección padre	1,951	,482	,617	4,045	,000	,965	2,938
Autonomía padre	1,485	,529	,444	2,809	,009	,404	2,566
Distribución rol madre	-,588	,463	-,200	-1,270	,214	-1,535	,359
Apoyo madre	1,338	,490	,498	2,730	,011	,336	2,340
Cuidado padre	,373	,400	,139	,934	,358	-,444	1,191
Disciplina padre	-,504	,507	-,191	-,994	,329	-1,540	,533
Sobreprotección madre	-,594	,472	-,212	-1,260	,218	-1,559	,371
Apoyo padre	-,664	,613	-,186	-1,083	,288	-1,918	,590

Del mismo modo, se pudo predecir en un alto porcentaje los problemas escolares en el grupo de chicos con **discapacidad física**, en relación con las prácticas de crianza parentales. Como podemos observar en la tabla 35, el modelo 13, aporta una R^2 0,834, prediciendo el 83,4% de la varianza en problemas escolares. Las prácticas educativas que aportaron significatividad de cambio en F fueron: disciplina, sobreprotección, compromiso, autonomía, apoyo y satisfacción con la crianza por parte del padre, así como apoyo, autonomía y sobreprotección de la madre. De estas variables, la mayoría actúan como factor de riesgo: sobreprotección padre/autonomía madre/compromiso padre/autonomía padre/satisfacción crianza padre; y cuatro de ellas, como protectores de los problemas escolares: disciplina padre/apoyo madre/sobreprotección madre/apoyo padre. Podemos observar estos resultados de los coeficientes B en la tabla 36.

Tabla 35

Resumen de los distintos modelos para problemas escolares en chicos con discapacidad física

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,458	,209	,174	9,467	5,828	,025	,209	5,828	,025
2	,558	,311	,245	9,045	4,741	,020	,102	3,097	,093
3	,601	,361	,266	8,924	3,772	,027	,050	1,575	,224
4	,654	,427	,307	8,669	3,547	,025	,066	2,194	,155
5	,789	,622	,517	7,236	5,926	,002	,195	9,270	,007
6	,814	,662	,543	7,040	5,553	,002	,040	2,017	,174
7	,827	,685	,547	7,010	4,964	,004	,023	1,144	,301
8	,841	,708	,552	6,966	4,549	,006	,023	1,202	,290
9	,853	,727	,552	6,969	4,150	,009	,019	,987	,337
10	,865	,748	,554	6,951	3,862	,013	,021	1,075	,319
11	,890	,792	,602	6,571	4,160	,011	,044	2,545	,137
12	,900	,810	,604	6,555	3,920	,015	,018	1,060	,325
13	,913	,834	,617	6,443	3,853	,020	,023	1,387	,266
14	,918	,842	,596	6,616	3,427	,034	,008	,482	,505
15	,927	,860	,598	6,602	3,281	,047	,018	1,037	,338
16	,936	,876	,593	6,643	3,094	,068	,016	,902	,374
17	,938	,879	,538	7,081	2,573	,124	,003	,162	,701
18	,941	,886	,476	7,540	2,159	,202	,007	,291	,613

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: disciplina padre. Modelo 2: disciplina padre/sobreprotección padre. Modelo 3: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre. Modelo 4: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre. Modelo 5: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre. Modelo 6: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre. Modelo 7: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre. Modelo 8: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre. Modelo 9: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre/satisfacción crianza padre. Modelo 10: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre/satisfacción crianza padre/cuidado padre. Modelo 11: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre/satisfacción crianza padre/cuidado padre/cuidado madre. Modelo 12: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre/satisfacción crianza padre/cuidado padre/cuidado madre/comunicación madre. Modelo 13: disciplina padre/sobreprotección padre/apoyo madre/autonomía madre/sobreprotección madre/compromiso padre/autonomía padre/apoyo padre/satisfacción crianza padre.

Tabla 36

Modelo de regresión múltiple para los problemas escolares para chicos con discapacidad física

Modelo 13	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-55,578	42,161		-1,318	,217	-149,519	38,362
Disciplina padre	-1,139	,627	-,535	-1,817	,099	-2,535	,258
Sobreprotección padre	1,750	,351	,931	4,982	,001	,967	2,532
Apoyo madre	-,710	,450	-,261	-1,577	,146	-1,713	,293
Autonomía madre	2,379	,794	,848	2,997	,013	,610	4,148
Sobreprotección madre	-2,635	,724	-1,333	-3,640	,005	-4,247	-1,022
Compromiso padre	1,642	1,070	,609	1,535	,156	-,742	4,027
Autonomía padre	3,095	1,177	,780	2,630	,025	,473	5,717
Apoyo padre	-,914	,904	-,293	-1,011	,336	-2,929	1,101
Satisfacción crianza padre	,528	,578	,274	,913	,383	-,761	1,816

Para terminar con este segundo estudio, la última escala que se midió con el análisis de regresión múltiple, fue la **Adaptabilidad** de los niños y niñas con discapacidad, tanto general con la totalidad de la muestra, como auditiva y física de manera separada; creando, igualmente, una serie de modelos con ciertas prácticas de crianza, con el objetivo de poder predecir el desarrollo de estas variables.

En este caso, la escala que se ha medido es una escala de habilidades, de manera que difiere la representación con respecto a las escalas que hemos valuado con anterioridad, referidas al desarrollo de problemas. En los siguientes párrafos, las variables que muestran significatividad de cambio, ejercen un efecto contraria al anterior.

En primer lugar, para el grupo de **discapacidad general** hemos podido predecir el 17,6% de la varianza con respecto a las habilidades adaptativas, ya que el modelo 4 presentaba una de R^2 0,176. Podemos ver el resumen de estos modelos en la tabla 37. En este

caso, las variables que mostraron significatividad de cambio en F fueron: sobreprotección y compromiso por parte del parte, y autonomía y satisfacción con la crianza de la madre. Los coeficientes B que se muestran en la tabla 38 nos indican que la mayoría de las variables actúan como factor de riesgo en el desarrollo de estas habilidades: sobreprotección padre/autonomía madre/satisfacción crianza madre. Solo una de las variables de este modelo, actúa como factor protector: compromiso padre.

Tabla 37

Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,335	,112	,100	11,375	9,373	,003	,112	9,373	,003
2	,384	,148	,124	11,223	6,326	,003	,035	3,023	,086
3	,406	,165	,130	11,184	4,749	,004	,017	1,506	,224
4	,420	,176	,130	11,189	3,794	,007	,011	,941	,335
5	,427	,182	,124	11,227	3,118	,013	,006	,517	,474
6	,435	,189	,119	11,260	2,680	,021	,007	,586	,447
7	,441	,195	,112	11,302	2,351	,033	,006	,492	,485
8	,445	,198	,102	11,362	2,071	,051	,003	,281	,598
9	,454	,206	,098	11,389	1,907	,066	,008	,682	,412
10	,460	,212	,090	11,439	1,744	,090	,005	,420	,519
11	,466	,217	,082	11,490	1,610	,117	,005	,431	,514
12	,469	,220	,072	11,556	1,482	,155	,003	,269	,606
13	,472	,223	,060	11,630	1,366	,202	,002	,198	,658
14	,475	,225	,048	11,704	1,268	,254	,003	,221	,640
15	,475	,226	,032	11,799	1,166	,322	,000	,025	,874
16	,475	,226	,016	11,897	1,076	,397	,000	,010	,922
17	,475	,226	-,001	11,999	,996	,476	,000	,006	,941
18	,475	,226	-,018,	12,104	,924	,554	,000	,000	,985

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: sobreprotección padre. Modelo 2: sobreprotección padre/autonomía madre. Modelo 3: sobreprotección padre/autonomía madre/compromiso padre. Modelo 4: sobreprotección padre/autonomía madre/compromiso padre/satisfacción crianza madre.

Tabla 38

Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad

Modelo 4	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	82,366	12,454		6,614	,000	57,534	107,197
Sobreprotección padre	-,976	,307	-,351	-3,182	,002	-1,587	-,364
Autonomía madre	-,569	,322	-,194	-1,768	,081	-1,210	,073
Compromiso padre	,526	,355	,176	1,483	,142	-,181	1,234
Satisfacción crianza madre	-,326	,336	-,114	-,970	,335	-,995	,344

Por otro lado, se intentó conocer la relación de las prácticas de crianza que los padres ejercen sobre los chicos con **discapacidad auditiva** con las habilidades de adaptación de estos. En este caso, se volvió a encontrar significatividad de cambio en F en las variables: disciplina, autonomía, cuidado, distribución de rol y sobreprotección paterna, y apoyo, autonomía y disciplina materna. Como vemos en la tabla 39, el modelo 12 presentó una R^2 de 0,508, lo que supone una predicción de estos problemas del 50,8%. Los coeficientes B representados en la tabla 40 nos indican que la mayoría de las variables actúan, en este caso, como factor de protección en el desarrollo de estas habilidades. Estas serían: disciplina padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/compromiso padre/comunicación madre/distribución rol madre. Por el contrario, las variables que actúan como factor de riesgo son: autonomía padre/sobreprotección padre/disciplina madre/satisfacción crianza padre.

Tabla 39

Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad auditiva

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,206	,042	,016	11,439	1,596	,215	,042	1,596	,215
2	,291	,084	,032	11,345	1,614	,214	,042	1,605	,214
3	,368	,136	,059	11,183	1,779	,170	,051	2,017	,165
4	,429	,184	,085	11,029	1,861	,141	,048	1,957	,171
5	,467	,218	,096	10,963	1,787	,144	,034	1,401	,245
6	,507	,257	,113	10,861	1,784	,135	,038	1,602	,215
7	,545	,297	,133	10,738	1,810	,122	,040	1,715	,200
8	,600	,360	,183	10,420	2,039	,077	,063	2,858	,102
9	,634	,402	,210	10,251	2,091	,066	,042	1,964	,172
10	,671	,450	,246	10,013	2,207	,050	,048	2,346	,137
11	,691	,477	,255	9,950	2,154	,053	,027	1,344	,257
12	,712	,508	,271	9,844	2,147	,052	,031	1,562	,223
13	,724	,525	,267	9,872	2,037	,063	,017	,861	,363
14	,731	,534	,250	9,985	1,882	,086	,009	,457	,506
15	,740	,548	,240	10,052	1,779	,107	,014	,694	,414
16	,745	,555	,216	10,213	1,635	,144	,007	,313	,582
17	,745	,555	,177	10,459	1,469	,204	,001	,023	,881
18	,745	,555	,134	10,730	1,318	,278	,000	,002	,966

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: disciplina padre. Modelo 2: disciplina padre/autonomía padre. Modelo 3: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre. Modelo 4: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre. Modelo 5: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre. Modelo 6: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre. Modelo 7: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre. Modelo 8: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre. Modelo 9: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/compromiso padre. Modelo 10: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/compromiso padre/comunicación madre. Modelo 11: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/compromiso padre/comunicación madre/satisfacción crianza padre. Modelo 12: disciplina padre/autonomía padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/sobreprotección padre/disciplina madre/compromiso padre/comunicación madre/satisfacción crianza padre/distribución rol mad

Tabla 40

Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad auditiva

Modelo 12	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	-6,730	46,557		-,145	,886	-102,616	89,156
Disciplina padre	2,955	,851	1,075	3,471	,002	1,202	4,708
Autonomía padre	-3,339	,941	-,958	-3,547	,002	-5,277	-1,400
Apoyo madre	,089	,645	,032	,139	,891	-1,240	1,419
Autonomía madre	2,838	,921	,978	3,080	,005	,940	4,735
Cuidado padre	1,682	,732	,601	2,298	,030	,174	3,189
Distribución rol padre	,795	,666	,213	1,195	,243	-,575	2,166
Sobreprotección padre	-2,099	,672	-,637	-3,122	,004	-3,483	-,714
Disciplina madre	-2,716	1,075	-1,103	-2,527	,018	-4,929	-,502
Compromiso padre	1,431	,697	,540	2,052	,051	-,005	2,867
Comunicación madre	,844	,608	,279	1,388	,177	-,408	2,096
Satisfacción crianza padre	-1,163	,776	-,323	-1,499	,146	-2,760	,435
Distribución rol madre	,739	,591	,241	1,250	,223	-,479	1,957

Del mismo modo, para el grupo de chicos con **discapacidad física**, de los modelos creados, se seleccionó el número 11, ya que era capaz de predecir en un 87,8% de la varianza los problemas adaptativos de estos chicos. Como vemos en la tabla 41, a este modelo le corresponde una R^2 de 0,878. Así, las variables que aportan significatividad al modelo son: autonomía, apoyo, satisfacción con la crianza, cuidado, comunicación compromiso y distribución de rol por parte de la madre, así como la sobreprotección, autonomía, satisfacción con la crianza y distribución de rol por parte del padre. Como vemos en la tabla 42, los coeficientes B de las distintas variables indican que las variables que actúan como factor de riesgo son: autonomía madre/sobreprotección padre/satisfacción crianza padre/compromiso madre/distribución rol madre; así como las variables protectoras de estas habilidades serían: autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre/distribución rol padre.

Tabla 41

Resumen de los distintos modelos para adaptabilidad en chicos con discapacidad física

Modelo	R	R2	R2 corr.	Error típico	F	Sig.	Estadísticos de cambio		
							En R2	En F	Sig. Cambio F
1	,639	,408	,381	10,368	15,172	,001	,408	15,172	,001
2	,754	,569	,528	9,056	13,860	,000	,161	7,835	,011
3	,783	,613	,555	8,791	10,571	,000	,044	2,289	,146
4	,811	,658	,586	8,476	9,155	,000	,045	2,511	,130
5	,836	,698	,614	8,187	8,325	,000	,040	2,367	,141
6	,866	,750	,662	7,658	8,522	,000	,052	3,570	,076
7	,886	,786	,692	7,317	8,378	,000	,035	2,625	,125
8	,906	,821	,726	6,902	8,610	,000	,036	2,980	,105
9	,921	,849	,752	6,569	8,735	,000	,028	2,561	,132
10	,932	,868	,766	6,376	8,529	,000	,019	1,858	,196
11	,937	,878	,767	6,367	7,872	,001	,011	1,039	,328
12	,940	,884	,757	6,503	6,958	,001	,005	,503	,493
13	,944	,891	,749	6,601	6,286	,003	,007	,676	,430
14	,956	,913	,778	6,210	6,758	,003	,022	2,297	,164
15	,970	,941	,832	5,408	8,576	,002	,028	3,868	,085
16	,971	,944	,815	5,666	7,342	,006	,002	,287	,608
17	,975	,950	,808	5,779	6,685	,013	,006	,729	,426
18	,976	,952	,779	6,197	5,504	,034	,002	,218	,660

Nota: Variables de los modelos que aportan significatividad: Modelo 1: autonomía madre. Modelo 2: autonomía madre/sobreprotección padre. Modelo 3: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre. Modelo 4: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre. Modelo 5: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre. Modelo 6: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre. Modelo 7: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre/cuidado madre. Modelo 8: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre. Modelo 9: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre/compromiso madre. Modelo 10: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre/compromiso madre/distribución rol padre. Modelo 11: autonomía madre/sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza padre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre/compromiso madre/distribución rol padre/distribución rol madre.

Tabla 42

Modelo de regresión múltiple para adaptabilidad para chicos con discapacidad física

Modelo 11	Coeficientes no estandarizados		Coef. estand. Beta	t	Sig.	Intervalo para B 95%	
	B	E.T.				Inf.	Sup.
(Constante)	39,532	33,736		1,172	,264	-33,972	113,037
Autonomía madre	-2,884	,623	-,812	-4,628	,001	-4,242	-1,526
Sobrepotección padre	-1,178	,267	-,495	-4,406	,001	-1,761	-,596
Autonomía padre	2,338	,796	,466	2,936	,012	,603	4,073
Apoyo madre	,466	,470	,135	,990	,342	-,559	1,490
Satisfacción crianza padre	-1,479	,451	-,606	-3,278	,007	-2,462	-,496
Satisfacción crianza madre	1,769	,517	,723	3,419	,005	,642	2,896
Cuidado madre	1,162	,574	,427	2,026	,066	-,088	2,411
Comunicación madre	1,567	,713	,428	2,199	,048	-,014	3,120
Compromiso madre	-1,058	,700	-,360	-1,510	,157	-2,583	,468
Distribución rol padre	1,071	,661	,359	1,620	,131	-,370	2,511
Distribución rol madre	-,963	,945	-,226	-1,020	,328	-3,022	1,095

TERCERA PARTE: CONCLUSIONES

Capítulo IV: Discusión y Conclusiones.

El **primer objetivo general** consistía en conocer si existían diferencias en el estilo educativo parental de niños con discapacidad y niños sin discapacidad. Los resultados de nuestro estudio confirman la existencia de diferencias significativas en la forma en que se realiza la crianza con niños con discapacidad. Considerando las diferencias encontradas, podemos concluir que la crianza que recibe un niño con discapacidad difiere de aquella que reciben los que no muestran discapacidad, tal y como mencionamos en la introducción teórica, con la que poníamos de manifiesto la existencia de estas diferencias en el estilo educativo que empleaban padres de niños con discapacidad (Raya et al., 2013b; Rivers y Stoneman, 2008; Sánchez-Escobedo, 2006; Sterling et al., 2012).

Así, podemos establecer un cierto paralelismo entre las prácticas de crianza que emplean los padres de niños con discapacidad en general, auditiva y motora en particular, en la medida en que estas diferencias se repiten. Estaríamos hablando de algunas prácticas educativas como la disciplina, la distribución de rol, la satisfacción con la crianza (Raya et al., 2013b) y la sobreprotección (Sánchez-Escobedo, 2006). Además de estas, nuestros resultados confirman discrepancias en cuanto al apoyo prestado, como bien nos hablaban en su estudio Raya et al. (2013b), y afirmaban además, que las familias con hijos con discapacidad se caracterizaban por la baja autonomía prestada y la falta de límites impuestos. Por otro lado, si bien los mismos autores nos hablaban de ciertas diferencias en la crianza además, en cuanto a la comunicación, no hemos podido establecer reciprocidad en este aspecto. Nuestros resultados sostienen también, que los padres de niños con discapacidad están más

comprometidos con la educación de sus hijos, debido quizás a la visión vulnerable que puede sentir un padre ante las dificultades de su hijo.

En cuanto a la discapacidad auditiva, nuestros resultados se contradicen con investigadores como Knutson et al. (2004) y Sullivan y Knutson (2000) que mostraron que los padres de niños con discapacidad auditiva empleaban más medidas punitivas y métodos de disciplina que con los hijos oyentes. En este sentido, los resultados que hemos obtenido de nuestro estudio no concluyen con la existencia de diferencias significativas en la disciplina que emplean padres de niños con y sin discapacidad. En el lado opuesto, podemos afirmar que las madres de niños con discapacidad auditiva tienden a la sobreprotección.

Valorar el contexto en el que tiene lugar la crianza es importante si entendemos que las prácticas educativas son actitudes desarrolladas por los padres en una organización familiar que tiene de base unas costumbres y creencias internas, y que además, forma parte de una cultura influyente. Conforme pasan los años, cambia la sociedad, y con ella la manera de entender la educación y el papel que cada uno desempeñamos. Por ello, es importante señalar que en el estilo de crianza influyen otros factores como el nivel sociocultural de la familia, así como valores que se transmiten de padres a hijos en cada generación. Cabe señalar, que estaríamos hablando del desarrollo de un hijo con discapacidad, y en este sentido, los padres se pueden ver inmersos en una nueva situación desconocida a la que hacerle frente, ya que los valores de crianza a los que hacíamos referencia en líneas anteriores, son ahora nuevos valores y una nueva visión de la educación, sin un modelo parental al que imitar.

Así, estaríamos de acuerdo con los resultados obtenidos por Antonopoulo et al. (2012) que manifestaron en su estudio que las madres de niños con discapacidad auditiva presentaban una mayor sensibilidad hacia el hijo con discapacidad, en comparación con los hermanos oyentes. Siguiendo la misma línea parental, subrayamos la existencia de mayores niveles de

protección, crianza positiva y distribución de rol por parte de las madres de niños con discapacidad auditiva, tal y como plantearon en su momento Raya et al. (2013b) y Sánchez-Escobedo (2006). Teniendo en cuenta que la calidad de la crianza que recibe un niño es fundamental para su bienestar (Guajardo et al., 2009; Stack et al., 2010) se hace necesario seguir trabajando sobre este objetivo, debido a la falta de evidencia empírica y las contradicciones que encontramos al respecto.

A continuación presentamos una tabla que resume las diferencias significativas encontradas en el estilo educativo parental entre los padres de los chicos con discapacidad y los padres de aquellos que no presentan discapacidad:

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Estilo educativo madre	Apoyo parental	Distribución rol	Disciplina
	Autonomía	Satisfacción crianza	Distribución rol
	Compromiso	Sobreprotección	
	Disciplina		
	Distribución rol		
	Satisfacción crianza Sobreprotección		
Estilo educativo padre	Apoyo parental	No diferencias	No diferencias
	Disciplina		
	Distribución rol		
	Sobreprotección		

Figura 34. Resumen de las diferencias significativas encontradas en el estilo educativo de padres de chicos con y sin discapacidad *Diferencias significativas en las prácticas parentales de las madres que se repiten en los tres grupos de discapacidad: **Distribución rol**.

Por otro lado, a lo largo de los años se ha puesto de manifiesto que las personas con discapacidad se encuentran en una situación de mayor riesgo en el desarrollo de problemas de conducta (Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Kushwaha et al., 2014; McIntyre et al., 2006; Noh et al., 2016; Polo y López-Justicia, 2012; Theunissen et al., 2014b; Will y Wilson, 2014), tal y como muestran nuestros resultados. Con todo, podemos afirmar la existencia de diferencias significativas en el desarrollo de problemas de conducta en niños con y sin discapacidad en casi todas las escalas evaluadas, tal y como pretendíamos hacer con los **objetivos específicos** de nuestro estudio.

Al hablar de **discapacidad** en términos generales, cabe mencionar que los resultados de nuestra investigación incluyen la muestra total representada por el colectivo de discapacidad visual, auditiva y motora. Se evaluaron las distintas variables relativas a problemas de conducta en las escalas Exteriorizar problemas, Interiorizar problemas, Adaptabilidad y problemas Escolares. Al comparar ambos grupos de chicos con y sin discapacidad pudimos comprobar la existencia de estas diferencias en el desarrollo de la escala global de problemas internalizantes y escolares, así como habilidades adaptativas; pero nuestras conclusiones no estiman diferencias significativas en la escala global de problemas de conducta externalizantes.

En este sentido, al hablar de problemas de **conducta externalizantes**, solo podemos afirmar que el grupo de chicos con discapacidad es más propenso a desarrollar trastornos de hiperactividad, pero no encontramos significatividad en cuanto a la agresión o los problemas de conducta, tal y como localizamos en la introducción de la literatura con estudios que indican que el colectivo de chicos con discapacidad presenta una mayor tasa de prevalencia de

problemas de conducta (Barker et al., 2009; Brossard-Racine et al., 2012; Colver, 2010; Crane et al., 2017; Dammeyer, 2010; Fellingner et al., 2008; Hendriks et al., 2001; Hintermair, 2007; Masten, et al., 2005; McDermott et al., 1996; McIntyre et al., 2006; Parkes et al., 2008; Sigurdardottir et al., 2010; Van Eldik et al., 2004; Will y Wilson, 2014).

Con respecto a la escala de **internalización de problemas**, los estudios difieren unos de otros en sus conclusiones, al igual que los nuestros. En cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y somatización de problemas, no hay un consenso claro sobre si las personas con discapacidad muestran realmente una mayor prevalencia para el desarrollo de estos problemas, ya que las investigaciones al respecto se contradicen unas de otras. Algunos autores muestran que hay significativamente más síntomas de ansiedad y depresión en los grupos con discapacidad (Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Cetin et al., 2010; Cieśła et al., 2016; Mishra y Singh, 2012; Noh et al., 2016; Shen et al., 2017; Sigurdardottir et al., 2010; Theunissen et al., 2014b; Van Handel et al., 2010). No obstante, en el término opuesto, otros estudios muestran la ausencia de estas diferencias en el desarrollo de la depresión o la ansiedad experimentada entre chicos con discapacidad (Černelič, 2009; Huurre y Aro, 1998). Nuestra investigación muestra discrepancia con estos autores, en la medida en que hemos podido comprobar la existencia de diferencias significativas en la variable depresión, sin embargo, no podemos afirmar estas desigualdades en cuanto a la ansiedad experimentada por chicos con y sin discapacidad.

Por otro lado, también se ajustan nuestros resultados con los de autores como Kushwaha et al. (2014) al comprobar que el grupo de chicos con discapacidad presentan mayores puntuaciones en cuanto a los síntomas somáticos presentados, no obstante, estos

autores difieren con nosotros al mostrar también una mayor prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en el colectivo con discapacidad. Por el contrario, Sigurdardottir et al. (2010) no revelaron diferencias entre ambos grupos en relación a síntomas somáticos. No obstante estas discrepancias pueden deberse a la diferencia de edad de la muestra del estudio, ya que estos autores ajustan sus resultados a niños menores de 5 años. Las quejas somáticas aparecen como un malestar corporal con origen psicológico, y en este sentido, a tan corta edad aún no tienen la capacidad de entender ni expresar con claridad sus necesidades.

Como hemos podido comprobar los chicos con discapacidad tienen mayores dificultades de aprendizaje y de atención, mostrando en general, una serie de **problemas escolares**, tal y como muestra la literatura al respecto (Barbosa, 2013; Boons et al., 2013; Bottcher et al., 2010; Bowers et al., 2014; Kuper et al., 2014; Mancini et al., 2018; Mokhlesin et al., 2015; Nittrouer et al., 2013; Park, 2015; Rodriguez-Santos et al., 2014; Sigurdardottir et al., 2010; Soares et al., 2010; Van Handel et al., 2010; Wagner et al., 2012).

La revisión de la literatura certifica que el colectivo de personas con discapacidad se encuentra en una condición de mayor vulnerabilidad en términos sociales, apoyando nuestros resultados al encontrar diferencias significativas en la escala de **adaptabilidad** (Adelson y Fraiberg, 1974; Brambring, 2006; Celeste, 2002; Hatton et al., 1997; James y Stojanovik, 2007; Tadić et al., 2010; Troster et al., 1994). Si bien algunos autores han puesto de manifiesto que las personas con discapacidad se encuentran a lo largo de sus vidas con experiencias sociales insuficientes y desfavorables (Nadeau y Tessier, 2006; Runjic et al., 2015) y relaciones interpersonales más pobres, destacando peores habilidades sociales y de autorregulación (McIntyre et al., 2006). En este sentido, contradicen nuestras conclusiones, ya

que no podemos afirmar la existencia de diferencias significativas en el grupo de discapacidad en el desarrollo de habilidades sociales o habilidades adaptativas, ya que nuestros datos en estos aspectos son similares en ambos grupos. No obstante, la evidencia nos muestra que las personas con discapacidad presentan mayores dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones de amistad (Huurre y Aro, 1998; Kouwenberg et al., 2012; Xie et al., 2014) y de pareja (Rom y Silvestre, 2011).

En lo concerniente a la **discapacidad auditiva**, se ha puesto de manifiesto que la condición de discapacidad pone a la persona en una situación de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas a nivel comunicativo, cognitivo, socioemocional, (Dalton, 2011; Theunissen et al., 2014) su bienestar psicosocial, calidad de vida e independencia económica (Cetin et al., 2010; Cieśła et al., 2016; Olusanya et al., 2014). Nuestro estudio apoya resultados anteriores de investigaciones que muestran que los chicos con discapacidad auditiva son más propensos a desarrollar problemas de conducta en todas sus escalas: externalizantes (Barker et al., 2009; Dammeyer, 2010; Fellingner et al., 2008; Hintermair, 2007; Van Eldik et al., 2004), internalizantes (Cetin et al., 2010; Cieśła et al., 2016), escolares (Kuper et al., 2014; Polat, 2003; Welsh et al., 2001) y de adaptación (Bobzien et al., 2013; Kouwenberg et al., 2012; Piquart y Pfeiffer, 2014; Rom y Silvestre, 2011).

Con respecto a los problemas de **conducta externalizante**, nuestros resultados coinciden con autores como Barker et al. (2009), al afirmar que el nivel de agresividad mostrado por niños con discapacidad auditiva, es similar al que puedan desarrollar el grupo sin discapacidad. Parece ser que, en cierta medida, existen una serie de problemas que

aparecen con más frecuencia que la agresión, como por ejemplo, la desobediencia a la autoridad y las reglas, la hiperactividad o el comportamiento antisocial.

En cuanto a la **internalización de problemas**, otros estudios como el de Černelič (2009) coinciden con nuestros hallazgos, al concluir que el nivel de ansiedad experimentado era similar entre jóvenes con pérdida auditiva y jóvenes oyentes. Al mismo tiempo, el mismo estudio contradice nuestras conclusiones, ya que no muestran diferencias entre ambos grupos en términos de depresión. De la misma manera, un mismo estudio puede ajustarse a nuestras conclusiones de manera parcial, ya que Cetin et al. (2010), revelaron que los pacientes con discapacidad auditiva presentaban significativamente peores niveles de ansiedad y depresión. Es decir, contradice con nuestro estudio en cuanto a la significatividad de la ansiedad, pero apoya nuestras diferencias encontradas con respecto a la depresión. Theunissen et al. (2012) también mostraron la ausencia de estas diferencias con respecto al nivel de ansiedad experimentada entre ambos colectivos. Por el contrario, nuestros resultados coinciden con Ciešla et al. (2016), ya que al evaluar la angustia mental y la calidad de vida en un grupo de pacientes sordos, revelaron que este colectivo presentaba puntuaciones significativamente mayores que el grupo de audición normal en la escala de depresión. En general, los resultados obtenidos no son concluyentes, ya que se ha mostrado que incluso cuando la pérdida auditiva es adquirida, el porcentaje de diagnóstico de trastorno de ansiedad es mayor para las personas con pérdida de audición (Chung et al., 2015). Con todo, seguir esta línea de investigación es una necesidad para poder dar respuesta a una serie de dificultades que se conocen que existen, pero habría que indagar en profundidad para prevenir estos problemas.

En cuanto a los **problemas escolares** de chicos con discapacidad auditiva, la evidencia nos vuelve a mostrar que el colectivo con discapacidad presenta mayores dificultades de aprendizaje (Barbosa, 2013; Boons et al., 2013; Bowers et al., 2014; Mokhlesin et al., 2015; Nittrouer et al., 2013; Park, 2015; Rodriguez-Santos et al., 2014; Soares et al., 2010) y de atención. En definitiva mayores problemas en el desarrollo de la competencia académica (Kuper et al., 2014).

De la misma manera, al hablar de los **problemas adaptativos**, cabe esperar que las personas con pérdida de audición presenten peores resultados en el desarrollo de habilidades adaptativas (De Giacomo et al., 2013), ya que la pérdida de audición puede traer efectos negativos para la persona, pues para que se desarrolle la interacción, ha de propiciarse la comunicación, y en este sentido, los chicos con pérdida auditiva presentan mayores dificultades (Xie et al., 2014). En base a estas consideraciones, pretendíamos conocer si existían diferencias en el desarrollo de habilidades de adaptación entre chicos con y sin discapacidad auditiva. Nuestros resultados son congruentes con estudios anteriores plasmados en la introducción literaria que avalan que el colectivo con discapacidad presentan habilidades sociales, adaptativas y de estudio más pobres (Kouwenberg et al., 2012) y son menos propensos a ejercer el liderazgo (Pinquart y Pfeiffer, 2014). No obstante, Rom y Silvestre (2011), manifestaron que las relaciones de amistad entre alumnos sordos y oyentes eran similar.

Por otro lado, al tratar en la literatura la **discapacidad motora**, podemos comprobar que, a pesar de la escasez de estudios acerca de esta, las conclusiones de los mismos nos

revelan una mayor tasa de problemas de conducta para este colectivo, tanto emocionales como de comportamiento (Crane et al., 2017; Mancini et al., 2018; Wagner et al., 2012).

En lo que concierne a los problemas de **conducta externalizantes** (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta), nuestros resultados revelan la ausencia de diferencias significativas entre chicos con y sin discapacidad en todas las variables medidas. En este sentido, la literatura contradice nuestro estudio, ya que manifiesta que el colectivo de personas con discapacidad motora presenta mayores problemas de conducta externalizantes (Hendriks et al., 2001), como la hiperactividad (Brossard-Racine et al., 2012; McDermott et al., 1996; Parkes et al., 2008) o el comportamiento agresivo (Sigurdardottir et al., 2010).

En cuanto a la **internalización de problemas**, parece que el grupo con discapacidad se muestra vulnerable en el desarrollo de estos, y que la discapacidad es un factor riesgo para este tipo de problemas (Balázs et al., 2018; Noh et al., 2016). Según nuestras conclusiones, y tal y como nos muestra la literatura existente, al comparar los niveles de depresión entre chicos con y sin discapacidad física, el colectivo con discapacidad presentaba un nivel más alto en términos de depresión (Bhattacharjee y Chhetri, 2014). Por otro lado, coincidiendo parcialmente con nuestro estudio, Sigurdardottir et al. (2010) y Van Handel et al. (2010) revelaron problemas de depresión y ansiedad en los chicos con discapacidad. Nuestros resultados coinciden con estos estudios en la medida en que podemos declarar que el grupo con discapacidad motora es más propenso a desarrollar depresión, pero no podemos afirmar la existencia de trastornos de ansiedad. Además, los datos obtenidos en nuestro estudio indican diferencias significativas entre el grupo de chicos con y sin discapacidad en cuanto a los problemas de síntomas somáticos manifestados. No obstante, Sigurdardottir et al. (2010)

destacaron la ausencia de estas diferencias entre ambos grupos, contradiciendo así nuestras afirmaciones.

Con todo, varios estudios avalan los resultados obtenidos en nuestra investigación al encontrar que los chicos con discapacidad física presentan mayores dificultades en la regulación de la atención (Sigurdardottir et al., 2010; Van Handel et al., 2010). Así, Bottcher et al., (2010) concretaron que los chicos con discapacidad física presentaban un deterioro en el desarrollo de las funciones ejecutivas y la atención sostenida y dividida, sin encontrar dificultades en este colectivo con respecto al funcionamiento cognitivo verbal.

Por otro lado, Majnemer, Shevell, Law, Poulin, Rosenbaum (2010) estudiaron los factores relacionados con la motivación en chicos con parálisis cerebral, relacionando aspectos del desarrollo de problemas con el desempeño de esta. Estos autores determinaron que cuando se le presentan tareas que requieren de resolución de problemas, los chicos con discapacidad motora presentaban un nivel más bajo de persistencia. Generalmente, se afirma que este colectivo puede desarrollar un mayor deterioro cognitivo (Sigurdardottir et al., 2008), lo que nos podría indicar la existencia de las dificultades de aprendizaje que se presentan en los chicos con discapacidad motora, tal y como hemos podido comprobar en nuestros resultados. Todos estos aspectos afectarían en el desempeño de la **competencia académica**, más baja en aquellos que presentan discapacidad (Mancini et al., 2018; Wagner et al., 2012), pudiendo afirmar que este colectivo es más propenso a desarrollar problemas escolares.

Por otro lado, a nivel social, las personas con discapacidad física presentan mayores **problemas de adaptación**, ya que desarrollan peores habilidades sociales, de estudio y adaptativas, y son menos propensos a ser líderes de su grupo de iguales. En este sentido, un estudio llevado a cabo por Nadeau y Tessier (2006) reveló que efectivamente, tal como indican nuestros hallazgos, las experiencias sociales de los chicos con discapacidad motora difieren de aquellas que experimentan sus compañeros sin discapacidad. Estos autores mostraron aspectos dispares entre ambos grupos en cuanto al estatus social, el número de amistades, la sociabilidad y el liderazgo. Además, en sus conclusiones establecieron que los chicos con discapacidad presentaban conductas de aislamiento social y victimización. Sigurdardottir et al. (2010) encontraron también, conductas de aislamiento social experimentadas por el grupo de chicos con discapacidad.

Para terminar, a modo de resumen se presenta, a continuación, una tabla que esclarece las diferencias significativas encontradas entre los grupos de chicos con discapacidad y aquellos que no presentan discapacidad:

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Problemas externalizantes	Hiperactividad	Hiperactividad Problemas conducta	No diferencias
Problemas internalizantes	Depresión Síntomas somáticos Interiorizar problemas	Depresión Interiorizar problemas	Depresión Síntomas somáticos Interiorizar problemas
Problemas escolares	Problemas atención Dificultades aprendizaje Problemas escolares	Problemas atención Dificultades aprendizaje Problemas escolares	Problemas atención Dificultades aprendizaje Problemas escolares
Adaptabilidad	Adaptabilidad Habilidades sociales Liderazgo Habilidades estudio	Adaptabilidad Habilidades sociales Liderazgo Habilidades estudio Habilidades adaptativas	Adaptabilidad Habilidades sociales Liderazgo Habilidades estudio Habilidades adaptativas

Figura 35. Resumen de las diferencias en el desarrollo de problemas de conducta en chicos con y sin discapacidad

Generalmente, los datos en nuestro estudio representan la realidad de desarrollo de los chicos con discapacidad. Estos resultados son, además, puntuaciones objetivas desde la visión docente que en la práctica diaria observa y compara al grupo clase, pudiendo encontrar fácilmente diferencias entre los niños con y sin discapacidad. Por ello, sugerimos la importancia del papel del profesorado en el ajuste psicosocial de los alumnos, y subrayamos la necesidad de una buena formación de este en las habilidades y conocimientos para la atención de las necesidades de los alumnos con discapacidad y el crecimiento óptimo de los

mismos (Polat, 2003), ya que son un recurso fundamental en la medida en que pueden ofrecer orientación y una red de recursos y apoyo (Hintermair, 2006) que facilite la labor de los padres.

El nacimiento de un hijo con discapacidad aporta un cambio de perspectiva en el hogar y un reajuste a una nueva realidad, que en caso de no ser bien entendido, puede generar consecuencias negativas en el sistema familiar y afectar a largo plazo, a la salud de los padres (Lee et al., 2017; N'Dri et al., 2018; Smith y Grzywacz, 2014), y esta a su vez, al desarrollo de sus hijos (Chadwick et al., 2008; Koskentausta et al., 2007). En este sentido, ya en la introducción teórica apuntábamos una cierta relación entre la crianza ejercida por los padres y los problemas de conducta que de ella se pudieran generar. Así, nos planteamos como **segundo objetivo general** comprobar la existencia de esta relación, para seguidamente, generar una serie de modelos predictivos para los problemas de conducta que estarían basados en ciertas prácticas de crianza ejercidas por madres y padres de chicos con discapacidad. En este sentido, esta es la principal contribución innovadora de nuestra investigación, y es presentada con la intención de crear una visión más ajustada sobre la condición de discapacidad, para poder así, establecer pautas educativas acertadas, tanto para los padres como para los educadores.

Los resultados obtenidos muestran la relación entre ciertas características del estilo de crianza y los problemas de **conducta externalizantes** en los chicos con discapacidad. Al hacer distinción entre grupos de discapacidad, estaríamos hablando de una variación explicada al 24% en el caso de la discapacidad general, al 50% en cuanto a la discapacidad

auditiva y al 78,5% para la discapacidad física. Asimismo, presentaremos, una serie de prácticas parental que de manera común, muestran concordancia en los tres casos.

Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Sobreprotección padre	Sobreprotección padre	Distribución rol madre
Comunicación madre	Autonomía madre	Cuidado madre
Autonomía madre	Distribución rol madre	Compromiso madre
Disciplina madre	Apoyo madre	Autonomía madre
Satisfacción madre	Disciplina madre	Sobreprotección madre
Distribución rol madre	Satisfacción madre	Distribución rol padre
Apoyo madre	Comunicación madre	Sobreprotección padre
Cuidado madre	Compromiso madre	Disciplina madre
		Apoyo padre
		Compromiso padre

Figura 36. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas de conducta externalizantes.*Prácticas de crianza parentales que muestran su relación con los problemas de conducta externalizantes en los tres casos: Sobreprotección padre/Autonomía madre/Disciplina madre/Distribución rol madre.

Podemos observar que para este tipo de problemas se repite reiteradamente su relación con la sobreprotección del padre y la autonomía, disciplina y distribución de rol de la madre, independientemente de la condición de discapacidad a la que hagamos referencia. En este sentido, las prácticas de crianza son entendidas en función del efecto que estas ejercen en su conjunto y se complementen unas a otras. Es decir, podemos entender que una crianza caracterizada por la sobreprotección por parte del padre (entendida esta como la infantilización, la intrusión o la prevención de la conducta independiente) y la falta de autonomía que proporcione la madre, provocaría un inadecuado desarrollo del niño, en cuanto a su independencia. Es importante poner énfasis en este punto, ya que estaríamos hablando de la crianza de un hijo con discapacidad que puede encontrarse a lo largo de su vida con numerosas barreras, tanto a nivel personal como de materiales. En este sentido, es fundamental facilitar actitudes en el seno familiar de empoderamiento y resolución de

problemas y fomentar valores como el esfuerzo o la tolerancia ante el fracaso o el éxito.

Además, si a esto añadimos la ausencia de límites impuestos, el desarrollo óptimo del niño puede verse afectado, en cuanto a su autorregulación y en la medida en que no estaríamos interiorizando la obediencia a la autoridad y a las normas. También, para el fomento del respeto a los demás, es importante hacer mención de ciertas actitudes en la crianza como la distribución de rol, en este caso, por parte de la madre, ya que el conocimiento acerca del papel que ejercemos cada uno en el entorno, así como ofrecer una visión desde la perspectiva de los demás, podría prevenir la falta de empatía y el comportamiento antisocial.

Nos llama la atención, además, el rol que la madre ejerce, ya que la mayoría de las prácticas educativas que hemos podido relacionar, se corresponden con ellas. Esto sugeriría que de los modelos obtenidos, nuestros resultados muestran familias con una distribución de rol más tradicional, en la que la crianza es principalmente responsabilidad de la madre, y la sobreprotección ejercida por el padre. No obstante, no todas actúan en el mismo sentido. Es decir, de los diferentes estilos del estilo educativo parental que ejercen su influencia en el desarrollo de problemas de conducta externalizantes, algunos actúan como factores de protección ante tales problemas, y otros se presentan como prácticas de riesgo en la evolución de estos problemas. De forma general, podemos seleccionar como factores protectores la distribución de rol y la disciplina materna; por ser dos componentes del modelo que se repiten en los tres grupos de nuestra muestra con la misma representación.

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
factores protectores	Disciplina madre Distribución de rol madre	Distribución rol madre Disciplina madre Compromiso madre	Autonomía madre Sobreprotección madre Distribución rol padre Disciplina madre
factores de riesgo	Sobreprotección padre Comunicación madre Autonomía madre Satisfacción madre Apoyo madre Cuidado madre	Sobreprotección padre Autonomía madre Apoyo madre Satisfacción madre Comunicación madre	Distribución rol madre Cuidado madre Compromiso madre Sobreprotección padre Apoyo padre Compromiso padre.

Figura 37. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas de conducta externalizantes.*Factores de protección para la conducta externalizante que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: **Sobreprotección padre**. *Factores de riesgo para la conducta externalizante que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: **Disciplina madre**.

Podemos establecer una cierta correspondencia con la literatura que ya enfatizaba sobre el control parental en la infancia como herramienta para evitar el desarrollo de problemas de conducta externalizantes. Son numerosos los autores que han mostrado en sus estudios que el control parental mal ejercido, puede afectar en el desarrollo de problemas de conducta como la agresividad, la hiperactividad, conductas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol y tabaco, la conducta antisocial, o la hiperactividad e impulsividad (Batool, 2013; De la Torre-Cruz et al., 2014; Kawabata et al., 2011; Luyckx et al., 2011; Merianos et al., 2015; Ni y Gau, 2015; Okhakhume, 2014; Raya et al., 2009; Raya et al., 2008; Tomić et al., 2018; Wahl y Metzner, 2012). Siguiendo esta línea, podemos establecer en cierta forma una similitud con estos autores, ya que hemos podido relacionar ciertas prácticas de crianza vinculadas al control parental, como por ejemplo la sobreprotección, la autonomía o la disciplina ejercida, pues estas tienen que ver con la forma en la que se ejerce en mayor

medida el dominio o la autogestión. Además, Duncombe et al. (2012) indicaron también que la disciplina inconsistente puede desarrollar en los jóvenes un comportamiento perturbador.

También, en la revisión de la literatura ya se mostraba que el desarrollo de **problemas de conducta internalizantes** estaba relacionado con ciertas prácticas parentales como por ejemplo, el poco afecto demostrado, la sobreprotección, la escasa concesión de autonomía y control o el abuso de castigo y la falta de modelado y seguridad (Berkien et al., 2012; Van der Sluis, Van Steensel y Bögels, 2015; Yap y Jorm, 2015; Yap et al., 2014). En este sentido, nuestros resultados coinciden con estos autores al mostrar la relación de este tipo de problemas con la crianza manifestada. Como en el caso anterior, de los modelos establecidos en nuestra investigación, podemos seleccionar una serie de prácticas educativas que se repiten en los tres grupos establecidos, con independencia de la discapacidad a la que hagamos referencia. Estas serían, la disciplina y la distribución de rol de la madre. Estaríamos hablando en este caso, de una disciplina bien establecida, en la que, siguiendo a Baumrind (1996), se caracterizara de manera consistente y contingente, en la medida en que se pretende orientar al niño, a la vez que se modifican sus expresiones, dependencia y hostilidad. Además, la distribución de rol, que como hemos mencionado, es un factor decisivo en la crianza de un hijo, ya que está representado por el rol que cada uno ejerce en el hogar y que podría fomentar actitudes de igualdad.

Estas variables en su conjunto, establecen una predicción del 23,3% de la varianza en el caso de la discapacidad general, del 49,1% en cuanto a la discapacidad auditiva y el 72,8% con respecto a la discapacidad física. No obstante, no todas las variables actuarían de la misma forma, ya que unas ejercen su papel como prácticas de riesgo ante la internalización de

problemas, y otras como protectoras en la crianza. Asimismo, la disciplina de la madre es la variable de protección que se reproduce en los tres grupos de discapacidad establecidos. Coincidiendo con Yap et al. (2014), en el establecimiento de algunas prácticas de crianza que ejercen su papel como factores de riesgo en el desarrollo de la ansiedad y la depresión, como pueden ser la sobreprotección, la escasa exposición al cuidado/calor proporcionado o la falta de autonomía. Esto sugiere de nuevo la importancia de investigaciones al respecto para poder establecer una serie de pautas educativas que eviten, en la medida de lo posible, el desarrollo de problemas de conducta en los chicos con discapacidad, para que estos puedan desarrollar su potencial. En relación a los modelos que se han establecido, al contrario que en el caso anterior al que hacíamos referencia a los problemas de conducta externalizantes, en la que existía una crianza con una distribución de rol donde la madre ejercía las responsabilidades de la crianza, parece que esta vez, estaríamos hablando de familias en las que podemos observar un papel más activo por parte del padre, ya que de las variables aportadas, el padre ejerce casi la mitad de ellas, en la que unas actúan como factores de riesgo y otros como factores de protección en la evolución de los problemas internalizantes.

Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Autonomía madre	Autonomía madre	Satisfacción crianza padre
Satisfacción padre	Distribución rol madre	Comunicación padre
Disciplina madre	Comunicación madre	Apoyo padre
Sobreprotección padre	Disciplina madre	Disciplina madre
Distribución rol madre	Cuidado padre	Compromiso madre
Compromiso madre	Comunicación padre	Comunicación madre
Apoyo padre	Apoyo madre	Satisfacción crianza madre
	Compromiso padre	Distribución rol madre
	Autonomía padre	Sobreprotección padre

Figura 38. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas de conducta internalizantes.

*Prácticas de crianza parentales que muestran su relación con los problemas de conducta internalizantes en los tres casos: **Disciplina madre**/ **Distribución rol madre**.

Sin embargo, destacamos la escasa coincidencia de prácticas educativas reincidentes en los tres tipos de discapacidad establecidos. En este sentido, nos recuerda, que ya con el objetivo anterior, hubo disparidad de conclusiones en los estudios acerca de la depresión y ansiedad de chicos con discapacidad. Podemos hacer mención en este aspecto, a la dificultad de llegar a un establecimiento claro sobre los problemas de conducta internalizantes, ya que las dificultades que los chicos con discapacidad puedan presentar, interfieren otros aspectos que forman parte de la dinámica familiar, como por ejemplo la depresión y ansiedad parental o el malestar de la madre ante la crianza (Cummings et al., 2013; Khasakhala et al., 2013; Nilsen et al., 2018; Ranøyen et al., 2015; Yurduşen et al., 2013). Hacemos un alto en este último aspecto, ya que de las variables influyentes de nuestro modelo, la satisfacción ante la crianza, ha sido significativa en el caso del padre al hablar de discapacidad general, y de ambos padres con respecto a la discapacidad física. Por su parte, Lipps et al. (2012) manifestaron que el estilo de crianza autoritativo y permisivo se asociaba con niveles más bajos de síntomas de depresión en la adolescencia.

Es importante, entender que en los términos intrínsecos a los que hacemos referencia al hablar de los problemas internalizantes, a menudo no se le presta la atención que realmente merece. Cabe mencionar, que en el desarrollo de trastornos como la depresión o la ansiedad en la edad infantil, y la repercusión que estos puedan tener en la adolescencia o la adultez, interfieren numerosos factores que tienen su influencia en los distintos contextos que acontecen en las familias. Por ello, creemos firmemente en una educación emocional para la prevención de este tipo de problemas. Una educación emocional que no entra en un sistema educativo marcado por una ponderación estándar de asignaturas vagamente útiles que no incentivan el saber hacer ni el saber individualizar de unos contenidos que se reproducen sin

sentido. Nos atrevemos a decir que, en nuestro país, la mentalidad es de una educación que da la espalda al bienestar de los alumnos, y da prioridad a datos cuantitativos más que cualitativos. Más concretamente, al hablar de niños con discapacidad, se convierte en doblemente importante la idea de conceptualizar una educación tanto parental, como de los distintos profesionales que puedan intervenir en su desarrollo, a nivel emocional, pues estos niños pueden encontrarse a lo largo de sus vidas con los prejuicios que se dictan en un sociedad que señala lo diferente. Por ello, el trabajo sobre la percepción y comprensión de los propios sentimientos y los de los demás, así como el aprendizaje para dar respuesta a esas emociones, es fundamental para el desarrollo óptimo del niño.

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Factores protectores	Disciplina madre Distribución rol madre	Distribución rol madre Disciplina madre Autonomía padre	Comunicación padre Disciplina madre Comunicación madre Satisfacción crianza madre
factores de riesgo	Autonomía madre Satisfacción padre Sobreprotección padre Compromiso madre Apoyo padre	Autonomía madre Comunicación madre Cuidado padre Comunicación padre Apoyo madre Compromiso padre	Satisfacción crianza padre Apoyo padre Compromiso madre Distribución rol madre Sobreprotección padre

Figura 39. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas de conducta internalizantes.*Factores de protección para la conducta internalizante que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: [Disciplina madre](#).

Por otro lado, los diferentes estudios a lo largo de los años han relacionado el estilo de crianza parental y la relación familiar con los **problemas escolares** de los hijos (Akinsola, 2011; Cerezo et al., 2011; Huey et al., 2013; Karimi et al., 2012; Liu, 2013; Nelson, 2011; Stright y Yeo, 2014). Y en aspecto, nuestra investigación coincide con estos autores al mostrar la relación que existe entre los problemas escolares de chicos con discapacidad y ciertas prácticas parentales como la sobreprotección y el apoyo que reciben los padres, así como la autonomía proporcionada por el padre a su hijo. Las variables de los modelos creados indican una varianza explicada de 25,9% para el grupo de chicos con discapacidad en general, de 50,8% con respecto a la discapacidad auditiva y de 83,4% en el caso de la discapacidad motora.

Según los modelos creados, destacamos en este caso, la influencia que ejerce el padre en el desarrollo de problemas escolares. Así como en los casos anteriores parecía ser en la madre sobre la que recaía la mayoría de responsabilidades acontecidas en el hogar, en este caso, podemos señalar que la figura paterna resulta crucial en el mantenimiento del niño en entornos escolares. En los tres casos, la mayoría de prácticas educativas relacionadas tienen que ver con el estilo educativo que manifiesta el padre con el hijo. Así, aparece de nuevo la sobreprotección paterna y la autonomía, primordiales en el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que en el desarrollo de la competencia académica es necesario propiciar desde las edades más tempranas, la independencia en la realización de las tareas y la resolución de problemas. Además, es importante favorecer el pensamiento crítico y la reflexión, que de la misma forma, tienen su establecimiento a través de la libertad que se le brinda al niño en la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones. Además de esto, en el caso de un hijo con discapacidad pueden aparecer otras dificultades añadidas a las que hacer frente, bien

derivadas de la discapacidad, o por la escasez de recursos que encontramos en entornos escolares. En cualquier caso, el contexto familiar ha de proporcionar seguridad al hijo, tanto dentro del hogar como fuera de él.

Por otro lado, destacamos la relación del apoyo recibido por ambos padres con el desarrollo de problemas escolares. El proceso de enseñanza-aprendizaje es un proceso complejo en el que intervienen numerosas personas que forman parte de la comunidad educativa en la cual, el alumno con discapacidad es el último eslabón de la cadena. En este sentido, los distintos profesionales que intervienen en el desarrollo del niño son numerosos, desde su rango más superior en el que se encuentran aquellos que hacen y deshacen las leyes educativas sin tener en cuenta las necesidades reales de los menores, hasta aquellos profesiones que intervienen de manera directa en su educación. En cualquier caso, se ha de ofrecer a los padres la información necesaria para que puedan entender la situación que se les ha sucedido, así como una orientación para que sean capaces de actuar de manera correcta y una red de apoyos y recursos para evitar que se sientan desconcertados. A menudo, los padres solo necesitan ser escuchados y que se les proporcione una guía de actuación.

Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Sobreprotección padre	Sobreprotección padre	Disciplina padre
Autonomía padre	Autonomía padre	Sobreprotección padre
Sobreprotección madre	Distribución rol madre	Apoyo madre
Apoyo madre	Apoyo madre	Autonomía madre
Apoyo padre	Cuidado padre	Sobreprotección madre
	Disciplina padre	Compromiso padre
	Sobreprotección madre	Autonomía padre
	Apoyo padre	Apoyo padre
		Satisfacción crianza padre

Figura 40. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con los problemas escolares. *Prácticas de crianza parentales que muestran su relación con los problemas escolares en los tres casos: Sobreprotección padre/Autonomía padre/Sobreprotección madre/Apoyo madre/Apoyo padre.

En los modelos creados se presentan las distintas variables relacionadas con los problemas escolares en diferentes formas, pues unas actuarían como variables de protección en el desarrollo de estos problemas, y otras como factores de riesgo. En cuanto a los factores de protección, destacamos algunas variables que se repiten en los tres modelos creados: la sobreprotección de la madre y el apoyo recibido por el padre. Además, destacamos cómo en el caso opuesto, la sobreprotección paterna se presenta como un factor de riesgo junto a la autonomía del mismo. Parece ser que la sobreprotección que pueda ejercer la madre, difiere de aquella que es realizada por el padre, ya que aún siendo la misma práctica educativa, difiere la influencia que esta ejerce en el desarrollo del niño.

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
factores protectores	<p>Sobreprotección madre Apoyo padre</p>	<p>Distribución rol madre Disciplina padre Sobreprotección madre Apoyo padre</p>	<p>Disciplina padre Apoyo madre Sobreprotección madre Apoyo padre</p>
factores de riesgo	<p>Sobreprotección padre Autonomía padre Apoyo madre</p>	<p>Sobreprotección padre Autonomía padre Apoyo madre Cuidado padre</p>	<p>Sobreprotección padre Autonomía madre Compromiso padre Autonomía padre Satisfacción crianza padre</p>

Figura 41. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de problemas escolares. *Factores de protección para los problemas escolares que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: **Sobreprotección madre/Apoyo padre**. *Factores de riesgo para los problemas escolares que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: **Sobreprotección padre/Autonomía padre**.

Por último, podemos establecer relación entre la **adaptabilidad** de chicos con discapacidad y el estilo educativo parental. Para tal fin, de los modelos creados, se puede predecir el porcentaje más alto para la discapacidad física: 87,8%, seguido de la discapacidad auditiva con una predicción del 50,8% y del 17,6% para el grupo de discapacidad general.

Como en los casos anteriores, al establecer una similitud entre los tres modelos en función de los grupos de discapacidad, las prácticas educativas que se relacionan en todos los casos vuelven a ser la sobreprotección del padre, así como la autonomía que proporcione la madre. En este sentido, hacemos referencia al DSM5 (2013) al indicar algunas prácticas asociadas a los problemas de relación que brotan en el ámbito familiar y lo relacionan por ejemplo, con un inadecuado control, supervisión e implicación de los padres, con la sobreprotección o la presión paterna excesiva, así como las amenazas o la evitación. Cabe esperar, que un entorno familiar caracterizado por problemas en la relación padres-hijo, tenga consecuencias en el desarrollo de la adaptabilidad del niño fuera del hogar. Así, podemos afirmar, tal y como hicieron en su momento Swanson et al. (2012), que un ambiente familiar negativo, caracterizado por un bajo control del rendimiento y una crianza sin apoyo, revela una adaptación social más pobre. En el lado opuesto, un ambiente familiar caracterizado por la cohesión y la armonía, desarrollaría en los niños, mayores habilidades sociales, importantes para la regulación de sus emociones y el establecimiento de relaciones con los demás (Hammes et al., 2012).

Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
Sobreprotección padre	Disciplina padre	Autonomía madre
Autonomía madre	Autonomía padre	Sobreprotección padre
Compromiso padre	Apoyo madre	Autonomía padre
Satisfacción crianza madre	Autonomía madre	Apoyo madre
	Cuidado padre	Satisfacción crianza padre
	Distribución rol padre	Satisfacción crianza madre
	Sobreprotección padre	Cuidado madre
	Disciplina madre	Comunicación madre
	Compromiso padre	Compromiso madre
	Comunicación madre	Distribución rol padre
	Satisfacción crianza padre	Distribución rol madre
	Distribución rol madre	

Figura 42. Resumen de las prácticas de crianza relacionadas con la adaptabilidad. *Prácticas de crianza parentales que muestran su relación con la adaptabilidad en los tres casos: Sobreprotección padre/Autonomía madre

Por otro lado, las variables relacionadas ejercen su efecto en el conjunto del modelo, actuando en diferentes sentidos. Como en los casos anteriores, unas prácticas de crianza actúan como factor de riesgo, y otras de protección. No obstante, esta vez no estaríamos hablando del desarrollo de problemas de conducta, sino por el contrario, del desarrollo de habilidades. En este sentido, ejercen su efecto de manera contraria.

Al comparar los tres modelos, con la intención de comprobar si existe consenso entre grupos de discapacidad, no podemos establecer similitud en cuanto a las variables protectoras, pues en cada caso, intervienen de distinta manera. En el caso de los factores de riesgo, destacamos el papel que desempeña el padre en el curso de la adaptabilidad al manifestar sobreprotección sobre el hijo.

	Discapacidad general	Discapacidad auditiva	Discapacidad física
factores protectores	Compromiso padre	Disciplina padre Apoyo madre Autonomía madre Cuidado padre Distribución rol padre Compromiso padre Comunicación madre Distribución rol madre	Autonomía padre Apoyo madre Satisfacción crianza madre Cuidado madre Comunicación madre Distribución rol padre
factores de riesgo	Sobreprotección padre Autonomía madre Satisfacción crianza madre	Autonomía padre Sobreprotección padre Disciplina madre Satisfacción crianza padre	Autonomía madre Sobreprotección padre Satisfacción crianza padre Compromiso madre Distribución rol madre

Figura 43. Resumen de los factores de protección y riesgo para el desarrollo de la adaptabilidad. *Factores de riesgo para la adaptabilidad que se relacionan en los tres grupos de discapacidad establecidos: **Sobreprotección padre**.

El ser humano es social. Necesitamos de los demás para sobrevivir desde el nacimiento con los primeros cuidados que se requieren y cada vez se hace más patente la interacción del niño con el medio. No obstante, esta interacción es adquirida. El niño aprende a relacionarse con los demás, a comunicarse, a disfrutar de las relaciones sociales y a actuar en consecuencia. Adquiere habilidades sociales y de adaptación en función de la organización cultural en la que se encuentre, pues dentro del entorno el niño ha de aprender las normas de los diferentes grupos a los que pertenece dentro de un mismo contexto. Así, un niño con discapacidad puede encontrarse con dificultades derivadas de su discapacidad y que radican en el entorno al que pertenece, ya que como venimos diciendo en apartados anteriores, un niño con discapacidad puede encontrarse con distintos obstáculos a nivel social a los que ha de aprender a hacer frente. Por ello, la familia ha de proporcionarle confianza para que el niño

sea capaz de elaborar respuestas ante los demás. También, consideramos que prestar sobreprotección sin otorgar la autonomía adecuada, podría entorpecer el desarrollo del niño en la participación de este en un sistema social complejo que no espera.

Así pues, una vez analizado los resultados de nuestro estudio y la implicación de cada una de las variables valuadas, procedemos a extraer unas conclusiones generales de la investigación. Para ello, tomaremos como punto de partida los objetivos e hipótesis planteadas en el desarrollo de la investigación, para comprobar el grado en el que se han cumplido.

El **primer objetivo general** que se planteó en el estudio trataba de responder a la pregunta de si existían diferencias en el estilo educativo que se manifestaba en la crianza de padres y madres de chicos con discapacidad física y sensorial, y la crianza presentada entre padres y madres de chicos sin discapacidad. A este respecto, esperábamos encontrar diferencias, pues como hicieron en estudios anteriores, autores como por ejemplo, Antonopoulo et al. (2012), Raya et al. (2013b) o Sánchez-Escobedo (2006), hemos podido comprobar, en el grupo de chicos con discapacidad general, del cual forma parte la totalidad de la muestra de nuestro estudio compuesta por discapacidad física, visual y auditiva, que existen tales diferencias en el estilo educativo empleado por ambos padres. Parece ser que ambos padres son más propensos a proteger a sus hijos y manifiestan mayor exigencia de límites impuestos, así como una mayor diferenciación en la distribución de rol manifestada. En el caso de las madres, estas parecen estar más comprometidas con la educación de los hijos y concienciadas con la importancia de prestarles autonomía, además, tienen sentimientos más positivos y optimistas hacia la crianza que las madres de chicos sin discapacidad.

Por otro lado, al hacer distinción entre grupos de discapacidad, las madres de chicos con discapacidad auditiva tienden, también, a la sobreprotección y presentan mayores sentimientos de satisfacción positiva que las madres de chicos con discapacidad. Además, las madres de chicos con discapacidad física muestran niveles mayores de disciplina impuesta. La distribución de rol parece diferenciarse en mayor medida en el estilo educativo empleado por ambas madres. No obstante, no parece haber diferencias de trato en el caso de los padres de chicos con discapacidad física o auditiva.

En cualquier caso, en conclusión, en un ambiente familiar en el que existe un hijo con discapacidad se producen diferencias importantes en cuanto al estilo educativo parental que se manifiesta.

Por otro lado, hipotetizamos sobre la existencia de diferencias en el comportamiento externalizante desarrollado por chicos con discapacidad física y sensorial, en comparación con el que puedan desarrollar chicos sin ningún tipo de discapacidad, puesto que algunos autores como Barker et al. (2009), Brossard-Racine et al. (2012) o Masten, et al. (2005) mostraron resultados en este sentido, y con nuestro estudio se puede comprobar tales diferencias planteadas dando respuesta así, al **primer objetivo específico** que se planteó. Parece ser que los chicos con discapacidad general y auditiva, son más propensos a desarrollar trastornos como la hiperactividad. En el caso de la discapacidad auditiva, presentan además, mayores problemas de conducta que los chicos sin discapacidad.

Esta hipótesis se ha cumplido en parte, ya que no todas las variables contempladas han sido significativas entre los grupos que se establecieron, no encontrando problemas de

agresividad en ninguno de los casos, tal y como han hecho en otras ocasiones, investigaciones como las de Barker et al. (2009).

Con el **segundo objetivo específico** teníamos intención de conocer si existían diferencias significativas en cuando a los problemas internalizantes entre chicos con y sin discapacidad. Cabía esperar la existencia de tales diferencias, pues como pudimos comprobar en la revisión de la literatura, algunos autores así lo hicieron (p.e. Bhattacharjee y Chhetri, 2014; Noh et al., 2016; Theunissen et al., 2014). Los resultados obtenidos han confirmado parcialmente nuestra hipótesis en el sentido en que podemos afirmar que, efectivamente, existen mayores síntomas de depresión e internalización de problemas en los chicos con discapacidad física y sensorial, como hicieron en su momento, por ejemplo, Shen et al. (2017). Además, parece que el grupo de chicos con discapacidad general y física también presentan mayores quejas somáticas que los chicos sin discapacidad, confirmando también los resultados de Kushwaha et al. (2014). No obstante, estos hallazgos, contradicen a otros autores como por ejemplo, Van den Heuvel et al. (2016) al no encontrar diferencias significativas entre chicos con y sin discapacidad en cuanto al desarrollo de trastornos de ansiedad.

Como **tercer objetivo específico**, se planteó conocer las diferencias entre chicos con discapacidad y chicos sin discapacidad en la escala problemas escolares, hipotetizando como hicieron, por ejemplo, Bowers et al. (2014) o Papuda-Dolińska (2017) que los chicos con discapacidad presentan mayores dificultades en el ámbito educativo. Específicamente,

nuestros resultados encontraron que los chicos con discapacidad física y sensorial presentan una tasa más alta de problemas escolares, manifestando mayores problemas en el desarrollo de la atención y mayores dificultades de aprendizaje, afectando así, al nivel académico que desempeñan.

Con respecto a la escala de adaptabilidad, esperábamos encontrar mayores dificultades en el desarrollo de las habilidades de adaptación en el colectivo de chicos con discapacidad física y sensorial, ya que algunos estudios como como por ejemplo, el de McIntyre et al. (2006) nos mostraban peores habilidades sociales y de relación en este colectivo. Por tanto, se planteó el **cuarto objetivo específico** para dar respuesta a la pregunta de si existían diferencias en el nivel de adaptación que presentan los chicos con discapacidad. Podemos afirmar con nuestras conclusiones que los chicos con discapacidad son más propensos a presentar dificultades en el establecimiento de las relaciones sociales, ya que presentan peores puntuaciones en la escala de adaptación, y sus habilidades sociales y de estudio son más pobres. Cabe esperar, que en este sentido, los chicos con discapacidad, sean menos propensos a ser líderes de su grupo de iguales. Asimismo, el grupo de chicos con discapacidad auditiva y física también muestran unas peores habilidades adaptativas.

En consecuencia, podemos concluir que existen diferencias entre grupos de chicos con y sin discapacidad en cuanto a la competencia académica que desempeñan, pues en este sentido, todas las variables medidas mostraron una mayor prevalencia de problemas escolares para el grupo de chicos con discapacidad.

De la misma manera ocurre en el desarrollo de la adaptabilidad, cumpliéndose así la hipótesis planteada en nuestra investigación, al comprobar la existencia de una peor adaptación en términos sociales en los chicos con discapacidad.

Por último, pretendíamos determinar la existencia de la relación entre las prácticas de crianza y el desarrollo de problemas de conducta en los chicos con discapacidad física y sensorial, planteando así, nuestro **segundo objetivo general**. En este sentido, esperábamos mostrar la existencia de dicha relación, pues hipotetizábamos sobre la idea de la influencia determinante que ejerce la crianza en el desarrollo del niño, tal y como se mostraba en estudios anteriores como los de Batool (2013), Lipps et al. (2012), Karimi et al. (2012) o Hammes et al. (2012). Este pronóstico se ha cumplido en la medida en que, no todas las variables contempladas, fueron predictoras de un mejor ajuste en los hijos. Sin embargo, ciertas actitudes educativas manifestadas por los padres mostraron relación con el desarrollo de tales problemas. Además, en función de los problemas de conducta a los que hagamos referencia, las variables relativas a la crianza parental variaban en función del efecto que producían. Para ello, se crearon una serie de modelos predictivos formados por prácticas educativas manifestadas por padres y madres y que aportan significatividad en el desarrollo de tales problemas.

Primeramente, haciendo referencia al desarrollo de **problemas de conducta de tipo externalizante**, afirmamos la relación que existe entre ciertas actitudes de la crianza parental, con tales problemas.

De los modelos creados, se ha podido predecir el mayor porcentaje para la discapacidad física, con un 78,5% de la varianza. Así, las prácticas educativas parentales que tienen su relación en este tipo de problemas han sido: distribución de rol, cuidado, compromiso, autonomía, sobreprotección y disciplina de la madre y distribución de rol, sobreprotección, apoyo y compromiso del padre, de las cuales, autonomía madre/sobreprotección madre/distribución rol padre/disciplina madre actuarían como factores protectores con respecto a los problemas de conducta. Así, las variables que actúan como factor de riesgo serían: distribución rol madre/cuidado madre/compromiso madre/sobreprotección padre/apoyo padre/compromiso padre.

Seguido con una predicción del 50% para la discapacidad auditiva, y del modelo creado, las variables de crianza que tuvieron efecto en el desarrollo de tales problemas fueron las siguientes: sobreprotección del padre y autonomía, distribución de rol, apoyo, disciplina, satisfacción con la crianza, comunicación y compromiso de la madre. De estas variables, actúan como factor de riesgo: Sobreprotección padre/Autonomía madre/Apoyo madre/Satisfacción madre/Comunicación madre; y como factores de protección: Distribución rol madre/Disciplina madre/Compromiso madre.

Por último, hemos podido predecir el 24% de estos problemas en el grupo de discapacidad general compuesto por la totalidad de la muestra de nuestro estudio. Para este último modelo, las variables que formaron parte de él fueron: sobreprotección del padre y comunicación, autonomía, disciplina, satisfacción con la crianza, distribución de rol, apoyo y cuidado de la madre; de las cuales disciplina y distribución de rol ejercen su papel como factores de protección. El resto actuaría como factor de riesgo.

Con respecto a los **problemas de conducta internalizantes**, se crearon de nuevo modelos de predicción basados en ciertas actitudes de los padres de chicos con discapacidad.

Para este tipo de problemas, se determinó una varianza explicada del 72,8% de estos problemas en el caso de la discapacidad física, así como del 49,1% para el grupo de discapacidad auditiva y del 23,3% de la varianza para el caso del grupo de discapacidad general. Con todo, el efecto que ejercieron las variables en cada uno de los modelos fueron:

Variabes del modelo para discapacidad física: la satisfacción con la crianza, la comunicación, el apoyo y sobreprotección del padre y la disciplina ejercida, el compromiso, la comunicación, la satisfacción con la crianza y la distribución de rol por parte de la madre. Las variables anteriormente mencionadas, muestran cómo cuatro de ellas actúan como variables protectoras de los problemas de conducta internalizantes: comunicación padre/disciplina madre/comunicación madre/satisfacción crianza madre. El resto, ejerce su significatividad con respecto a estos problemas, como factores de riesgo: satisfacción crianza padre/apoyo padre/compromiso madre/distribución rol madre/sobreprotección padre.

Variabes del modelo para discapacidad auditiva: autonomía, distribución de rol, comunicación, disciplina y apoyo de la madre, y cuidado, comunicación, compromiso y autonomía del padre. Las variables actuarían como factor protector: distribución rol madre/disciplina madre/autonomía padre; por otro lado, el resto de variables ejercen su significatividad como factores protectores con respecto a los problemas de conducta internalizantes en niños con discapacidad auditiva: autonomía madre/comunicación madre/cuidado padre/comunicación padre/apoyo madre/compromiso padre.

VARIABLES DEL MODELO PARA DISCAPACIDAD GENERAL: autonomía, disciplina, distribución de rol y compromiso de la madre y satisfacción con la crianza, sobreprotección y apoyo del padre. Las variables actúan como factores de riesgo ante los problemas de conducta internalizantes: autonomía madre/satisfacción padre/sobreprotección padre/compromiso madre/apoyo padre. Por otro lado, disciplina madre/distribución rol madre actuarían como variables protectoras.

Los **problemas escolares** que experimentan chicos con discapacidad se relacionaron de nuevo con ciertas prácticas de crianza parental con la intención de predecir estos problemas y prevenir su desarrollo.

En este caso, apuntamos de nuevo el porcentaje de predicción más alto para el grupo de discapacidad física, para el cual se pudo predecir un 83,4% de la varianza con respecto a los problemas escolares. Para el modelo creado, las variables que aportaron significatividad de cambio fueron: disciplina, sobreprotección, compromiso, autonomía, apoyo y satisfacción con la crianza por parte del padre, así como apoyo, autonomía y sobreprotección de la madre. La mayoría actúan como factor de riesgo: sobreprotección padre/autonomía madre/compromiso padre/autonomía padre/satisfacción crianza padre; y cuatro de ellas, como protectores de los problemas escolares: disciplina padre/apoyo madre/sobreprotección madre/apoyo padre.

Seguidamente, para el grupo de discapacidad auditiva, las variables que tuvieron efecto en el modelo fueron: sobreprotección, autonomía, cuidado, apoyo y disciplina del padre, y distribución de rol por parte de la madre, apoyo y sobreprotección de esta; aportando

una predicción del 50,8% de la varianza. La mitad de las variables del modelo se presentan como protectoras de los problemas escolares en los chicos con discapacidad auditiva (distribución rol madre/disciplina padre/sobreprotección madre/apoyo padre) y la otra mitad de las variables actúan como factores de riesgo para estos problemas (sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre/cuidado padre).

Por último, para el desarrollo de estos problemas, para el grupo de discapacidad general, con el modelo creado se estableció una predicción del 25,9% de la varianza, con variables como: sobreprotección, autonomía y apoyo por parte del padre; así como sobreprotección de la madre y apoyo. Las variables que actúan como factor de riesgo con respecto a los problemas escolares en chicos con discapacidad: sobreprotección padre/autonomía padre/apoyo madre. Las otras dos variables ejercen su valor como protector: sobreprotección madre/apoyo padre.

También se trató de relacionar el estilo educativo parental manifestado por padres y madres de chicos con discapacidad con la escala de **adaptabilidad**. De nuevo, se crearon una serie de modelos basados en las prácticas parentales que empleaban los padres.

En este caso, volvemos a encontrar el porcentaje de predicción más alto para el grupo de chicos discapacidad física, encontrándonos con una varianza explicada de 87,8%. En este modelo, se relacionaron ciertas prácticas educativas como: autonomía, apoyo, satisfacción con la crianza, cuidado, comunicación compromiso y distribución de rol por parte de la madre, así como la sobreprotección, autonomía, satisfacción con la crianza y distribución de rol por parte del padre. Las distintas variables indican que las variables que actúan como

factor de riesgo son: autonomía madre/sobreprotección padre/satisfacción crianza padre/compromiso madre/distribución rol madre; así como las variables protectoras de estas habilidades serían: autonomía padre/apoyo madre/satisfacción crianza madre/cuidado madre/comunicación madre/distribución rol padre.

En cuanto a la discapacidad auditiva, pudimos predecir el 50,8% de la varianza con respecto a los problemas escolares, con las variables: disciplina, autonomía, cuidado, distribución de rol y sobreprotección paterna, y apoyo, autonomía y disciplina materna. La mayoría de las variables actúan, en este caso, como factor de protección en el desarrollo de estas habilidades. Estas serían: disciplina padre/apoyo madre/autonomía madre/cuidado padre/distribución rol padre/compromiso padre/comunicación madre/distribución rol madre. Por el contrario, las variables que actúan como factor de riesgo son: autonomía padre/sobreprotección padre/disciplina madre/satisfacción crianza padre.

De la misma manera, se creó un modelo predictor de los problemas sociales para el grupo de chicos con discapacidad, estableciendo un porcentaje de predicción del 17,6%. Las variables que aportaron significatividad al modelo fueron: sobreprotección y compromiso por parte del padre, y autonomía y satisfacción con la crianza de la madre. La mayoría de las variables actúan como factor de riesgo en el desarrollo de estas habilidades: sobreprotección padre/autonomía madre/satisfacción crianza madre. Solo una de las variables de este modelo, actúa como factor protector: compromiso padre.

De manera general, destacamos una serie de prácticas educativas que han mostrado especial relevancia en el desarrollo de los problemas de conducta en chicos con discapacidad:

Sobreprotección

Autonomía

Disciplina

Distribución rol

Apoyo

En base a estas consideraciones, podemos afirmar la existente relación entre el estilo educativo que emplean los padres de chicos con discapacidad con el desarrollo de problemas de conducta en todas las escalas valuadas. Así, nuestra hipótesis de partida quedaría confirmada, dando especial relevancia al papel que desempeña la crianza en el desarrollo de los hijos.

Los resultados de este estudio señalan algunas variables que pueden ser objeto de intervención con la intención de prevenir problemas de conducta en los chicos con discapacidad como por ejemplo en términos de depresión, de problemas escolares o las dificultades sociales que se les presentan, entre otras.

Teniendo en cuenta que en el desarrollo de problemas de conducta en chicos con discapacidad es multifactorial, pues en él participan numerosos aspectos como los medios de comunicación, la influencia de los amigos, las costumbres culturales, etc., al conocer los elevados porcentajes de predicción de estos problemas, teniendo en cuenta solo un factor, como sería en este caso la crianza, nos aventuramos a señalar la importancia de intervenciones basadas en la reeducación tanto parental como profesional como herramientas de prevención.

Conclusiones

Respecto al **primer objetivo general**, nos planteamos conocer si existen diferencias en el estilo educativo de padres de niños con discapacidad física y sensorial y padres de niños sin discapacidad. En este sentido, podemos afirmar que la crianza que recibe un niño con discapacidad física o sensorial difiere en ciertas actitudes parentales de aquella que es manifestada por los padres de chicos sin discapacidad. Concluimos que:

- Las madres de niños con discapacidad manifiestan una crianza con diferencias en cuanto a la autonomía proporcionada, el compromiso, la disciplina, la distribución de rol, la satisfacción con la crianza, la sobreprotección y el apoyo parental que reciben. En el caso de los padres, los chicos con discapacidad reciben una crianza con diferencias en la disciplina, la distribución de rol, la sobreprotección y el apoyo recibido.
- Por otro lado, la crianza exteriorizada por madres de chicos con discapacidad auditiva, difiere en ciertas prácticas parentales como la distribución de rol, la satisfacción con la crianza y la sobreprotección; sin encontrar diferencias en las actitudes de los padres de estos chicos.
- Las madres de los chicos con discapacidad física emplean diferencias en la crianza en cuanto a la imposición de la disciplina y la distribución de rol. En el caso de los padres de chicos con discapacidad física, no se encontraron diferencias en la crianza con respecto al grupo de chicos sin discapacidad.

Por otro lado, se plantearon unos objetivos específicos, con la intención de conocer las diferencias en el desarrollo de chicos con y sin discapacidad. Para ello, planteamos como **primer objetivo específico** conocer si existen problemas de conducta externalizantes en niños con discapacidad física y sensorial. A este respecto, concluimos que:

- Los chicos con discapacidad son más propensos a desarrollar trastornos de hiperactividad.
- Los chicos con discapacidad auditiva presentan mayores problemas en la externalización de la conducta que los chicos sin discapacidad, presentando una mayor prevalencia de problemas de conducta como hiperactividad.
- El desarrollo de problemas de conducta externalizante en chicos con discapacidad física, no difiere del que puedan desarrollar los chicos sin discapacidad.

El **segundo objetivo específico** pretendía conocer si existen problemas de conducta internalizantes en niños con discapacidad física y sensorial, en comparación con sus pares sin discapacidad. Los resultados de nuestro estudio concluyen que:

- Los chicos con discapacidad desarrollan mayores problemas de conducta internalizantes y son más propensos a la depresión y las quejas somáticas.
- Los chicos con discapacidad auditiva son más vulnerables a la internalización de problemas como la depresión.
- Los chicos con discapacidad física tienen mayores problemas de internalización como la depresión y la somatización.

El **tercer objetivo específico** era conocer si existen diferencias en el desarrollo de problemas escolares entre chicos con y sin discapacidad, pudiendo afirmar que los chicos con discapacidad física o sensorial presentan mayores dificultades de aprendizaje y problemas de atención, desarrollando así, una mayor prevalencia de problemas escolares que los chicos sin discapacidad.

Nuestro **último objetivo específico** era conocer el desarrollo de habilidades adaptativas en los chicos con discapacidad física y sensorial, concluyendo que los chicos con discapacidad física o sensorial presentan unas habilidades adaptativas, sociales y de estudio más pobres que los chicos sin discapacidad. A este respecto, este colectivo desarrolla un nivel de adaptabilidad más bajo y son menos propensos a ser líderes del grupo de iguales.

Como **segundo objetivo general** nos planteamos estudiar la relación del estilo educativo parental con el desarrollo de problemas de conducta en niños con discapacidad. Para ello, creamos una serie de modelos basados en ciertas actitudes de la crianza como predictoras del desarrollo de problemas de conducta, concluyendo que:

- El estilo educativo parental ejerce relación en el desarrollo de problemas de conducta externalizante en niños con discapacidad, pudiendo predecir el 24% de la varianza con respecto a estos problemas en chicos con discapacidad, el 50% en el caso de la discapacidad auditiva y el 78,5% en la discapacidad física.
- En cuanto al desarrollo de problemas de conducta internalizantes, el estilo educativo parental es capaz de predecir el 23,3% en la discapacidad, el 49,1% para la discapacidad auditiva y el 72,8% de predicción para los chicos con discapacidad física.

- Las prácticas de crianza parentales se relacionan con el desarrollo de problemas escolares, pudiendo predecir el 25,9% de la varianza con respecto a estos problemas en chicos con discapacidad, el 50,8% en el caso de la discapacidad auditiva y el 83,4% en cuanto a la discapacidad física.
- El estilo educativo manifestado por los padres de chicos con discapacidad física o sensorial tiene relación con el nivel de adaptación desarrollado, pudiendo predecir el 17,6% para el colectivo con discapacidad general, el 50,8% para los chicos con discapacidad auditiva y el 87,8% en el caso de la discapacidad física.

Con todo, como conclusión general podemos afirmar que el desarrollo de chicos con discapacidad física y sensorial difiere del de chicos sin discapacidad. Existe una mayor prevalencia de problemas de conducta en este colectivo, y esto nos permite suponer la errónea intervención que se estaría llevando a cabo en la educación que reciben estos chicos, no ajustada a sus características.

Este punto sería la **perspectiva principal** de nuestro estudio. Conceptualizamos la idea de la creación de programas para padres en los cuales puedan verse apoyados y orientados al seguir una serie de pautas educativas marcadas por profesionales formados en la materia. Estaríamos hablando del trabajo directo con las familias, en coordinación con los distintos profesionales responsables de la acción educativa con sus hijos. Se requiere del desarrollo de una alianza que fortalezca esta relación para trabajar de manera conjunta desde una perspectiva independiente, pero interconectada. En algunos casos, se propondrá la

reeducación del comportamiento de los hijos, como herramienta de reeducación de sus familias, fomentando un clima saludable entre ellos.

En este sentido, los resultados obtenidos deben emplearse también, como futuras líneas de intervención en la formación de profesionales que actúan de manera directa con niños con discapacidad, para después servir de apoyo a esos padres y madres que a menudo se encuentran perdidos en la tarea de criar a un hijo con discapacidad. Para ello, creemos necesaria la implantación en los centros educativos de programas destinados a la detección temprana de las necesidades de los alumnos, y la intervención precoz, con la finalidad de prevenir en gran medida las dificultades que aparecen en estos niños. En este sentido, a nivel de centro-social habría que trabajar la autonomía de los chicos con discapacidad, promoviendo la adquisición de habilidades que fomenten la autonomía en la vida diaria, así como la integración social y comunitaria y las destrezas laborales futuras.

El objeto de estos programas a los que hacemos referencia, sería el bienestar del niño con discapacidad. Para ello, se debe emplear gran parte del tiempo a la reeducación emocional de este para que sea capaz de transmitir de manera correcta sus necesidades y afrontar así, los conflictos. Uno de los puntos clave de los programas que proponemos sería fortalecer el vínculo entre familia-escuela-niño-compañeros, pues todos forman parte de la comunidad educativa y con todos se ha de trabajar en la concienciación de diversidad y el respeto hacia las diferencias.

En base a estas consideraciones, proponemos trabajar con los chicos en primer lugar, a nivel interno/a nivel individual. Este aspecto, estaríamos atendiendo la totalidad del desarrollo, para el trabajo del *yo*, así como sus debilidades y fortalezas, para su propia aceptación y compromiso.

En base a estas consideraciones, nos atrevemos a proponer las siguientes dimensiones de trabajo:

Objetivos de trabajo para la conducta internalizante:

1. Que los chicos con discapacidad desarrollen una autoestima y autoconcepto positivos.
2. Aprender a percibir, comprender y regular sus emociones y las de los demás.
3. Conocer y valorar sus fortalezas y debilidades.
4. Trabajar la empatía como estrategia de respeto y relación con los demás.
5. Que los jóvenes sean capaces de interiorizar las conductas morales de educación: solidaridad, amor, amistad, responsabilidad, tolerancia,...

Objetivos para la conducta externalizante:

6. Eliminar las conductas disruptivas desarrolladas.
7. Desarrollar un clima de convivencia y disfrute entre todos los miembros de la comunidad educativa.

8. Aprender técnicas de autorregulación de la conducta.
9. Dotar a los chicos de estrategias alternativas no-dañinas para alcanzar sus metas.
10. Conocer las normas sociales instadas en cada contexto.
11. Respetar las normas sociales y las figuras de autoridad.

Objetivos para la conducta adaptativa:

12. Desarrollar en los jóvenes hábitos de vida saludable.
13. Promover una actitud basada en el esfuerzo y el compromiso como satisfacción personal.
14. Promover la autonomía y la responsabilidad del propio cuerpo.
15. Que los chicos reciban orientación académica y laboral.
16. Favorecer el desarrollo de las destrezas necesarias para aprender un oficio y acceder al mercado laboral.
17. Que sean capaces de encontrar una actividad de ocio y tiempo libre satisfactoria acorde a sus necesidades y preferencias.
18. Ser capaces además, de conocer los recursos sociales que se les ofrecen y utilizarlos adecuadamente para mejorar su calidad de vida.

Objetivos escolares:

19. Fomentar la diversidad individual como herramienta de trabajo.
20. Desarrollar un clima de aceptación y respeto en el entorno escolar.

21. Promover una adecuada formación dirigida a los profesionales que trabajan con los chicos con discapacidad.
22. Eliminar las barreras arquitectónicas en los centros, si las hubiera.
23. Eliminar las barreras de acceso al curriculum.
24. Dotar de los recursos personales y materiales necesarios que garantice la inclusión del alumnado.

Objetivos con las familias:

25. Desarrollar relaciones familiares positivas.
26. Fomentar la comunicación y el respeto de los miembros de la familia para mejorar la convivencia en el hogar.
27. Eliminar, si los hubiera, los métodos punitivos dentro de la familia como medio para el orden.
28. Trabajar conjuntamente jóvenes-familia-centro educativo.
29. Estimular el disfrute de actividades de ocio realizadas entre los chicos y sus familias.
30. Crear una red de apoyo social que permita la comprensión de la discapacidad y la participación social.

Sin duda, la **perspectiva futura** de esta investigación ha sido conocer la situación real en la que se encuentran las personas con discapacidad en términos de dificultades, para poder solventar los problemas que puedan surgir derivados de la discapacidad y poner el alto en ellos, interviniendo lo más tempranamente posible. No obstante, teniendo en cuenta que la investigación en este campo es claramente limitada, proponemos una serie de futuras líneas de mejorar para la continuación del estudio:

En primer lugar, se debería ampliar la muestra referente a la condición de discapacidad, ya que el estudio sería mucho más rico y fiable con muestra más amplias, permitiendo así la reducción de los márgenes de confianza en los análisis de regresión logística. Además, de esta manera podríamos observar con más claridad las variables que actuarían como protectoras o de riesgo, para poder intervenir en consecuencia con mucha más seguridad al respecto.

También se podría estudiar por grupos más amplios de discapacidad y abarcar todo tipo de discapacidades, para poder así, especificar con más exactitud las necesidades que se derivan de cada condición y de nuevo, intervenir en consecuencia. Este punto conllevaría tiempo a la hora de la selección de una muestra tan específica y lo suficientemente amplia como para poder dar validez a los resultados obtenidos. Además, sería interesante para futuros trabajos, crear también un grupo de chicos con discapacidad intelectual, ya que este grupo traería numerosas diferencias en sus conclusiones.

Por último, proponemos la idea de llevar a cabo investigaciones de manera longitudinal, con la creación de programas de intervención *pre-post*, en los que podamos observar con precisión los cambios reales que se puedan producir en las variables estudiadas y observar la evolución de cambio en el desarrollo del niño como resultado de los cambios producidos en el hogar con respecto al estilo educativo de sus padres.

Referencias bibliográficas.

- Adelson, E. y Fraiberg, S. (1974). Gross motor development in infants blind from birth. *Child Development*, 45(1), 114-126. doi: 10.2307/1127757.
- Akinsola, E.F. (2011). Relationship between parenting style, family type, personality dispositions and academic achievement of Young people in Nigeria. *Ife Psychologia*, 19(2), 246-267. doi: 10.4314/ifep.v19i2.69539.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Antonopoulou, K., Hadjikakou, K., Stampoultzis, A. y Nicolau, N. (2012). Parenting Styles of Mothers with Deaf or Hard-of-Hearing Children and Hearing Siblings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(3), 306-318. doi: 10.1093/deafed/ens013.
- Arráez, J.M. (1998). *Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos*. Granada, España: Universidad de Granada e Instituto Andaluz del Deporte.
- Baines, D. (2007). Unravelling the Anomaly of Deafness. En S. Austen y D. Jeffery (Eds), *Deafness and Challenging Behaviour: The 360° Perspective*. (pp. 17- 32). England, Reino Unido: John Wiley & Sons Ltd.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J. P., Postuvan, V., Kaess, M., Varnik, A., Sarchiapone, M. y Wasserman, D. (2018). Comorbidity of Physical and Anxiety Symptoms in Adolescent: Functional Impairment, Self-Rated Health and Subjective Well-Being. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1698. doi:10.3390/ijerph15081698.

- Baldwin, A.L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19, 127-136. doi: 10.2307/1125710.
- Band-Winterstein, T. y Avieli, H. (2017). The Experience of Parenting a Child With Disability in Old Age. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4), 421-428. doi: 10.1111/jnu.12305.
- Barbosa, H. (2013). Habilidades matemáticas iniciais em crianças surdas e ouvintes. *Cadernos CEDES*, 33(91), 333-347. doi: 10.1590/S0101-32622013000300003.
- Barker, D., Quittner, A., Fink, N., Eisenberg, L., Tobey, E. y Niparko, J. (2009). Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Development and Psychopathology*, 21(2), 373-392. doi:10.1017/S0954579409000212.
- Barraga, N.C. (1978). *Disminuidos Visuales y Aprendizaje. (Enfoque evolutivo)*, traducido de Visual Handicaps and Learning. A Developmental Approach. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Barraga, N.C., Collins, M. y Hollis, J. (1983). *Baja visión. Programa para desarrollar la eficiencia en el comportamiento visual*. ICEVH 33. Región Latinoamericana. N° 33. Córdoba (Argentina).
- Barraga, N.C. (1992). Desarrollo senso-perceptivo. En ICEVH , N° 77. Córdoba (Argentina): ICEVH, N° 81. Traducción de Susana E. Crespo de: BARRAGA, N. C. (1986): *Sensory perceptual development*. En Foundation of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth (Fundamentos en la Educación de Niños y Jóvenes Ciegos y Disminuidos Visuales). New York: AFB.
- Barraga, N.C. (1997). *Textos reunidos de Barraga*. Madrid, España: Anormi, S.L.

- Bat-Chava, Y. y Martin, D. (2002). Sibling relationships of deaf children: The impact of child and family characteristics. *Rehabilitation Psychology*, *47*(1), 73–91. doi: 10.1037/0090-5550.47.1.73.
- Batool, S.S. (2013). Lack of adequate parenting: a potential risk factor for aggression among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *28*(2), 217-38.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, *37*, 887-907. doi: 10.2307/1126611.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, *4*(1,Pt. 2), 1-103. doi: 10.1037/h0030372.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. *The Journal of Early Adolescence*, *11*(1), 56-95. doi: 10.1177/02724316911111004.
- Baumrind, D. (1996). The Discipline Controversy Revisted. *Family Relations*, *4*(4), 405-414. doi: 10.2307/585170.
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *108*, 61-69. doi: 10.1002/cd.128.
- Berkien, M., Louwarse, A., Verhulst, F. y Van der Ende, J. (2012). Children’s perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(2), 79–85. doi: 10.1007/s00787-011-0234-9.
- Bhattacharjee, A. y Chhetri, K. (2014). Who is more depressed? A study among persons with disability. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, *5*(11), 1339-1341.
- Bobzien, J., Richels, C., Raver, S.A., Hester, P., Browning, E. y Morin, L. (2013). An Observational Study of Social Communication Skills in Eight Preschoolers with and

- Without Hearing Loss during Cooperative Play. *Early Childhood Education Journal*, 41, 339–346. doi: 10.1007/s10643-012-0561-6
- Bolat, N., Dogangun, B., Yavuz, M., Demir, T. y Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turkish Psikiyatri Dergisi*, 22, 77–82.
- Boons, T., De Raeve, L., Langereis, M., Peeraer, L., Wouters, J. y Van Wieringen, A. (2013). Narrative spoken language skills in severely hearing impaired school-aged children with cochlear implants. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3833-3846. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.033.
- Bosteels, S., Van Hove, G. y Vandenbroeck, M. (2012). The roller-coaster of experiences: becoming the parent of a deaf child. *Disability & Society*, 27(7), 983-996. doi: 10.1080/09687599.2012.705059.
- Botcher, L., Flachs, E.M. y Uldall, P. (2010). Attentional and executive impairments in children with spastic cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(2). doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03533.x.
- Bourke-Taylor, H., Pallant, J.F., Law, M., Howie, L. (2012). Predicting mental health among mothers of school-aged children with developmental disabilities: the relative contribution of child, maternal and environmental factors. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1732-1740. doi:10.1016/j.ridd.2012.04.011.
- Bowers, L., McCarthy, J. H., Schwarz, I., Dostal, H. y Wolbers, K. (2014). Examination of the spelling skills of middle school students who are deaf and hard of hearing. *The Volta Review*, 114(1), 29-54.
- Brambring, M. (2006). Divergent development of gross motor skills in children who are blind or sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(10), 620– 634.

- Brossard-Racine, M., Hall, N., Majnemer, A., Shevell, M.I., Law, M., Poulin, C., y Rosenbaum, P. (2012). Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. *European journal of paediatric neurology*, 16(1), 35–41. doi: 10.1016/j.ejpn.2011.10.001.
- Brotman, L.M., Calzada, E., Huang, K., Kingston, S., Dawson-McClure, S., Kamboukos, D., Rosenfelt, A., Schwab, A. y Petkova, E. (2011). Promoting Effective Parenting Practices and Preventing Child Behavior Problems in School among Ethnically Diverse Families from Underserved, Urban Communities. *Child Development*, 82(1), 258-276. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01554.x.
- Bueno Martín, M. y Ruiz Ramírez, F. (1994). Visión subnormal. En M. Bueno Martín y S. Toro Bueno (coords.), *Deficiencia visual. Aspectos psicoevolutivos y educativos* (pp. 2744). Archidona, España: Aljibe.
- Buschgens, C.J., Van Aken, M.A., Swinkels, S.H., Ormel, J., Verhulst, F.C. y Buitelaar, J.K. (2014). Erratum to: Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 1115. doi: 0.1007/s00787-014-0570-7.
- Caballo, C. y Verdugo, M. A. (2007). Social skills assessment of children and adolescents with visual impairment: Identifying relevant skills to improve quality of social relationships. *Psychological Reports*, 100(3), 1101-1106. doi: 10.2466/PRO.100.3.1101-1106.
- Campbell, V.A., Crews, J.E., Moriarty, D.G., Zack, M.M. y Blackman, D.K. (1999). Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults. United States, 1993-1997. *Surveill Summ*, 48(8), 131-156.

- Cawthon, S.W., Garberoglio, C.L., Caemmerer, J.M., Bond, M. y Wendel, E. (2015). Effect of Parent Involvement and Parent Expectations on Postsecondary Outcomes for Individuals Who Are d/Deaf or Hard of Hearing. *Exceptionality*, 23(2), 73–99. doi:10.1080/09362835.2013.865537.
- Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de la socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid, España: Alianza.
- Celeste, M. (2002). A survey of motor development for infants and young children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 96, 169-174.
- Cerezo, M.T., Casanova, P.F., de la Torre, M.J. y Carpio, M.V. (2011). Estilos educativos paternos y estrategias de aprendizaje en alumnos de Educación Secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 51-61. doi: 10.1989/ejep.v4i1.76.
- Černelč, M. (2009). Symptomatology and subjective feelings of emotional distress among adolescents: impact of hearing status. *Studia Psychologica*, 51(2-3), 193-206.
- Cetin, B., Uguz, F., Erdem, M. y Yildirim, A. (2010). Relationship between quality of life, anxiety and depression in unilateral hearing loss. *Journal of International Advanced Otology*, 6(2), 252-257.
- Chadwick, O., Kusel, Y., y Cuddy, M. (2008). Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(10), 864–876. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01102.x.
- Chan, K.L., Emery, C.R. y Ip, P. (2016). Children With Disability Are More at Risk of Violence Victimization: Evidence From a Study of School-Aged Chinese Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 1026-46. doi: 10.1177/0886260514564066.

- Chen, J.Y. y Clark, M.J. (2010). Family resources and parental health in families of children with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Nursing Research*, 18(4), 239-48. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181f37b.
- Chung, S.D., Hung, S.H., Lin, H.C. y Sheu, J.J. (2015). Association between sudden sensorineural hearing loss and anxiety disorder: a population-based study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(10), 2673-2678. doi: 10.1007/s00405-014-3235-8.
- Cieśla, K., Lewandowska, M. y Skarżyński, H. (2016). Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273, 767-776. doi: 10.1007/s00405-015-3713-7.
- Clark, D.A., Donnellan, M.B., Robins, R.W. y Conger, R.D. (2015). Early adolescent temperament, parental monitoring, and substance use in Mexican-origin adolescents. *Journal of Adolescence*, 41, 121-30. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.02.010.
- Colver, A. (2010). Why are children with cerebral palsy more likely to have emotional and behavioral difficulties? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, 986-986.
- Connell, L.E. y Francis, L.A. (2014). Positive parenting mitigates the effects of poor self-regulation on body mass index trajectories from age 4 to 15 years. *Health Psychology*, 33(8), 757-764. doi: 10.1037/hea0000014.
- Crane, L., Sumner, E., y Hill, E. L. (2017). Emotional and behavioural problems in children with developmental coordination disorder: Exploring parent and teacher reports. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 67-74. doi: 10.1016/j.ridd.2017.08.001.
- Cummings, E.M., Cheung, R.Y.M. y Davies, P.T. (2013). Prospective Relations Between Parental Depression, Negative Expressiveness, Emotional Insecurity, and Children's

- Internalizing Symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(6), 698-708.
doi: 10.1007/s10578-013-0362-1.
- Dalton, C.J. (2011). Social-emotional Challenges Experienced by Students Who Function with Mild and Moderate Hearing Loss in Educational Settings. *Exceptionality Education International*, 21(1), 28-45.
- Dammeyer, J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 50–58. doi: 10.1093/deafed/enp024
- Dane-Staples, E., Lieberman, L., Ratciff, J. y Rounds, K. (2013). Bullying Experiences of Individuals with Visual Impairment: The Mitigating Role of Sport Participation. *Journal of Sport Behavior*, 36(4), 365-386.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487.
- Decker, K.B., Vallotton, C.D. y Johnson, H.A (2012). Parent's communication decision for children with hearing loss: Sources of information and influence. *American Annals of the Deaf*, 157(4), 326-339.
- De Giacomo, A., Craig, F., D'Elia, A., Giagnotti, F., Matera, E. y Quaranta, N. (2013). Children with cochlear implants: Cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(12), 1975-1979.
- DeLambo, D., Chung, W., y Huang, W. (2011). Stress and age: A comparison of Asian American and Non-Asian American parents of children with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23, 129–141.

- De la Torre-Cruz, M.J., García-Linares, M.C. y Casanova-Arias, P.F. (2014). Relationship between parenting styles and aggressiveness in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(1), 147-169. doi: 0.14204/ejrep.32.13118.
- Denmark, J.C. (1985). A study of 250 patients referred to a department of psychiatry for the deaf. *British Journal of Psychiatry*, 146, 282–286. doi: 10.1192/bjp.146.3.282P.
- De Verdier, K., Ek, U. (2014). A Longitudinal Study of Reading Development, Academic Achievement, and Support in Swedish Inclusive Education for Students with Blindness or Severe Visual Impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108(6), 461. doi: 10.1177/0145482X1410800603.
- Duncombe, M.E., Havighurst, S.S., Holland, K.A. y Frankling, E.J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 715-33. doi: 10.1007/s10578-012-0290-5.
- Errázuriz, P.A., Harvey, E.A. y Thakar, D.A. (2012). A Longitudinal Study of the Relation between Depressive Symptomatology and Parenting Practices. *Family Relations*, 61(2), 271-282. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00694.x.
- Farmer, T.W., Petrin, R., Brooks, D.S., Hamm, J. V., Lambert, K. y Gravelle, M. (2012). Bullying Involvement and the School Adjustment of Rural Students With and Without Disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(1), 19–37. doi: 10.1177/1063426610392039.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., y Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414–423. doi: 10.1007/s00787-008-0683-y.

- Fleming, A. R., Edwin, M., Hayes, J. A., Locke, B. D. y Lockard, A. J. (2018). Treatment-seeking college students with disabilities: Presenting concerns, protective factors, and academic distress. *Rehabilitation Psychology*, *63*(1), 55-67. doi:10.1037/rep0000193.
- Garaigordobil, M. y Bernarás, E. (2009). Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment. *Spanish Journal of Psychology*, *12*(1), 149–160. doi: 10.1017/S1138741600001566.
- George, C., Kolodziej, N., Rendall, M., y Coiffait, F. (2014). The effectiveness of a learning disability specific group parenting programme for parents of preschool and school-age children. *Educational and Child Psychology*, *31*(4), 18-29.
- Georgiou, S.N. y Stavriniades, P. (2013). Parenting at home and bullying at school. *Social Psychology of Education*, *16*(2), 165–179. doi: 10.1007/s11218-012-9209-z.
- Gravel, J. S. y O'Gara, J. (2003). Communication options for children with hearing loss. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *9*, 243-251.
- Green, S., Caplan, B., y Baker, B. (2014). Maternal supportive and interfering control as predictors of adaptive and social development in children with and without developmental delays. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, *58*(8), 691-703. doi: 10.1111/jir.12064.
- Griffin-Shirley, N. y Nes, S. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *99*, 276–285
- Guajardo, N. R., Snyder, G., y Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant Child Development*, *18*(1), 37–60. 10.1002/icd.578.
- Guerra, A. y Portana, M. (2012). *Familia, escuela y limitaciones en la movilidad*. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), España: Editorial MAD, S.L.

- Hadidi, M. y AlKhateeb, J. (2014) . A Comparison of Social Support among Adolescents With and Without Visual Impairments in Jordan: A Case Study from the Arab Region. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108(5), 414-427. doi: 10.1177/0145482X1410800506.
- Halder, S. y Datta, P. (2012). Insight into self-concept of the adolescents who are visually impaired in India. *International Journal of Special Education*, 27, 86–93.
- Hall, H.R., Neely-Barnes, S.L., Graff, J.C., Krcek, T.E., Roberts, R.J. y Hankins, J.S. (2012). Parental stress in families of children with a genetic disorder/disability and the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 35(1), 24-44. doi: 10.3109/01460862.2012.646479.
- Hammes, P.S., Crepaldi, M.A. y Bigras, M. (2012). Family Functioning and Socioaffective Competencies of Children in the Beginning of Schooling. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 124-31. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37295.
- Hardy, S.E. y Studenski, S.A. (2011). Qualities of Fatigue and Associated Chronic Conditions Among Older Adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 1033-1042. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.09.026.
- Harris, J. y Lord, C. (2016). Mental health of children with vision impairment at 11 years of age. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(7), 774 –779. doi:10.1111/dmcn.13032
- Harris-McKoy, D. y Cui, M. (2013). Parental control, adolescent delinquency, and young adult criminal behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 836-43. doi: 10.1007/s10826-012-9641-x.

- Hatton, D.D., Bailey, D.B. Jr, Burchinaland, M.R. y Ferrell, K.A. (1997). Developmental Growth Curves of Preschool Children with Vision Impairments. *Child Development*, 68(5), 788-806. doi: 10.1111/j.1467-8624.1997.tb01962.x.
- Hauser-Cram, P. y Woodman, A.C. (2016). Trajectories of Internalizing and Externalizing Behavior Problems in Children with Developmental Disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4), 811-21. doi: 10.1007/s10802-015-0055-2.
- Hendriks, A., De Moor, J., Oud, J., Franken, W. y Savelberg, M. (2001). Behaviour problems of young motor disabled children at home and in the therapeutic toddler class. *European Journal of Special Needs Education*. 16,15-28. doi: 10.1080/08856250150501770.
- Hernando, A., Oliva, A., y Pertegal, M.A. (2012). Variables familiares y rendimiento académico en la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 33(1), 51-56. doi: 10.1174/021093912799803791.
- Hicks, C. B. y Tharpe, A. M. (2002). Listening effort and fatigue in school-age children with and without hearing loss. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(3), 573–584. doi: 10.1044/1092-4388(2002/046).
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493-513. doi: 10.1093/deafed/enl005.
- Hintermair, M. (2007). Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *American Annals of the Deaf*, 152(3), 320–330. doi: 10.1353/aad.2007.0028.

- Hinton, V.J., Nereo, N.E., Fee, R.J. y Cyrulnik, S.E. (2006). Social behavior problems in boys with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 27(6):470-6. doi: 10.1097/00004703-200612000-00003 ·
- Hodkinson, A. y Deverokonda, C. (2011). For pity's sake: comparative conceptions of inclusion in England and India. *International Review of Qualitative Research*, 4(2), 253-270. doi: 10.1525/irqr.2011.4.2.253.
- Hornsby, B.W. (2013). The effects of hearing aid use on listening effort and mental fatigue associated with sustained speech processing demands. *Ear and Hearing*, 34(5), 523-534. doi: 10.1097/AUD.0b013e31828003d8.
- Hu, X., Wang, M. y Fei, X. (2012). Family quality of life of Chinese families of children with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 56(1), 30-44. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01391.x.
- Huey, E.L., Saylor, M.F. y Rinn, A.N. (2013). Effects of Family Functioning and Parenting Style on Early Entrants' Academic Performance and Program Completion. *Journal for the Education of the Gifted*, 36(4) 418–432. doi: 10.1177/0162353213506066.
- Huurre, T.M. y Aro, H.M (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 73-8.
- Huurre, T.M., Komulainen, E. J. y Aro, H. M. (1999). Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93, 26–37.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *El Empleo de las Personas con Discapacidad. Serie 2014-2017*. Recuperado de https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t22/p320/base_2015/serie/10/&file=06004.px

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Población con discapacidad o limitación según tipo de deficiencia de origen por edad y sexo*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/10/&file=01010.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Limitaciones sensoriales, visuales y auditivas*. Recuperado de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p04/&file=pcaxis>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Limitaciones en la movilidad*. Recuperado de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p04/&file=pcaxis>
- Ishak, Z., Low, S.F. y Lau, P.L. (2012). Parenting Style as a Moderator for Students' Academic Achievement. *Journal of Science Education and Technology*, 21(4), 487–493. doi: 10.1007/s10956-011-9340-1.
- Jabaghourian, J.J., Sorkhabi, N., Quach, W. y Strage, A. (2014). Parenting styles and practices of Latino parents and Latino fifth graders' academic, cognitive, social, and behavioral outcomes. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 36(2), 175-194. doi: 10.1177/0739986314523289.
- James, D. M. y Stojanovik, V. (2007). Communication skills in blind children: A preliminary investigation. *Child: Care, Health, & Development*. 33(1), 4-10.
- Jiménez, J. M. y Muñoz, A. (2005). Socialización familiar y estilos educativos a comienzos del siglo XXI. *Estudios de Psicología*, 26(3), 315-327. doi: 10.1174/021093905774518991.

- Karimi, S., Soleymani, S. y Ahmadi, S.A. (2012). The Effect of Educational and Psychological Factors on Academic Achievements of the Secondary School Students in Esfahan. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 4(4), 45-54.
- Kawabata, Y., Alink, L., Tseng, W.L., Van IJzendoorn, M.H. y Crick, N.R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: a conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278. doi: 10.1016/j.dr.2011.08.001.
- Keller, H. (2012). *El mundo donde vivo*. Madrid, España: Atlanta.
- Khasakhala, L.I., Ndeti, D.M., Mathai, M. y Harder, V. (2013). Major depressive disorder in a Kenyan youth sample: relationship with parenting behavior and parental psychiatric disorders. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 15. doi: 10.1186/1744-859X-12-15.
- Kimura, M. (2018). Social determinants of self-rated health among Japanese mothers of children with disabilities. *Preventive Medicine*, 8(10), 129-135. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.02.017.
- Knutson, J. F., Johnson, C. R., y Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse and Neglect*, 28, 925–937.
- Koskentausta, T., Livanainen, M., y Almqvist, F. (2007). Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 43–53. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00871.x.
- Kouwenberg, M., Rieffe, C., Theunissen, S.C.P.M. y de Rooij, M. (2012). Peer victimization experienced by Children and Adolescents who are Deaf or Hard of Hearing. *PLoS One*, 7(12), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0052174.

- Kuper, H., Monteath-van, D.A., Wing, K., Danquah, L., Evans, J., Zuurmond, M. y Gallinetti, J. (2014). The Impact of Disability on the Lives of Children; CrossSectional Data Including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries. *PloS one*, 9(9), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0107300.
- Kushwaha, V., Sinha Deb, K., Chadda, R.K. y Mehta, M. (2014). A study of disability and its correlates in somatization disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 56-8. doi:10.1016/j.ajp.2013.10.016.
- Lee, S.J., Cloninger, R., Hyun Park, S. y Chae, H. (2015). The association of parental temperament and character on their children's behavior problems. *PeerJ*, 3(12). doi: 10.7717/peerj.1464.
- Lee, M.H., Park, C., Matthews, A.K. y Hsieh, K. (2017). Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(4), 565-570. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.03.007.
- Leigh, I. W. (2009). *A lens on deaf identities*. USA: Oxford University Press.
- LeRoy, M., Mahoney, A., Boxer, P., Lakin, R. y Fang, Q. (2014). Parents who hit and scream: Interactive effects of verbal and severe physical aggression on clinic-referred adolescents' adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 38(5), 893-901. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.017.
- Levy, D.M. (1939). Maternal overprotection. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 2, 99-128.
- Lifshitz, H., Hen, I. y Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 96-107.

- Lipps, G., Lowe, G.A., Gibson, R.C., Halliday, S., Morris, A., Clarke, N. y Wilson, R.N. (2012). Parenting and depressive symptoms among adolescents in four Caribbean societies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(31), 1-12. doi: 10.1186/1753-2000-6-31.
- Liptak, G.S., O'Donnell, M., Conaway, M., Chumlea, W.C., Wolrey, G., Henderson, R.C., Fung, E., Stallings, V.A., Samson-Fang, L., Calvert, R., Rosenbaum, P. y Stevenson, R.D. (2001). Health status of children with moderate to severe cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43(6), 364-70.
- Liu, C. (2013). *Academic and social adjustment among deaf and hard of hearing college students in Taiwan* (Número de tesis doctoral AAI3606953). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1627945936?accountid=14520>
- Lopez-Justicia, M. D., Pichardo, M. C., Amezcua, J. A. y Fernandez, E. (2001). The self-concepts of Spanish children and adolescents with low vision and their sighted peers. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95, 150-160.
- Lorence Lara, B., Hidalgo García, M.V. y Dekovic, M. (2013). Adolescent adjustment in at-risk families: The role of psychosocial stress and parental socialization. *Salud Mental*, 36(1), 49-57. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.007.
- Luyckx, K., Tildesley, E.A., Soenens, B., Andrews, J.A., Hampson, S.E., Peterson, M. y Duriez B. (2011). Parenting and trajectories of children's maladaptive behaviors: a 12-year prospective community study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 468-78. doi: 10.1080/15374416.2011.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child*

- psychology. Socialization, personality and social development* (pp. 1-101). New York, Estados Unidos: John Wiley & Sons Inc.
- Majnemer, A., Shevell, M., Rosenbaum, P., Law, M. y Poulin, C. (2007). Determinants of life quality in school-age children with cerebral palsy. *The Journal of Pediatrics*, *151*(5), 470-5.
- Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Birnbaum, R., Chilingaryan, G., Rosenbaum, P. y Poulin, C. (2008). Participation and enjoyment of leisure activities in school-aged children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *50*(10), 751-8. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03068.x.
- Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C. y Rosenbaum, P. (2010). Level of motivation in mastering challenging tasks in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *52*(12), 1120-6. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03732.x.
- Mancini, V., Rigoli, D., Roberts, L., Heritage, B., Piek, J. (2018). The Relationship between Motor Skills, Perceived Self-Competence, Peer Problems and Internalizing Problems in a Community Sample of Children. *Infant and Child Development*, *27*(3). doi: 10.1002/icd.2073.
- Manee, F., Ateya, Y. y Rassafiani, M. (2016). A Comparison of the Quality of Life of Arab Mothers of Children with and without Chronic Disabilities. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, *36*(3), 260-71. doi: 10.3109/01942638.2015.1076558.
- Martín-Caro, L. (1993). Parálisis cerebral y sistema neuromotor: una aproximación educativa. En R. Montero y García, *El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención*. Madrid, España: CIDE-MEC.

- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradovic, J., Riley, J.R., BoelckeStennes, K. y Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733–746. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.733.
- Masud, H., Thurasamy, R. y Ahmad, M.S. (2015). Parenting styles and academic achievement of young adolescents: A systematic literature review. *Quality & Quantity*, 49(6), 2411-2433. doi:10.1007/s11135-014-0120-x.
- May, C.H. y Allen, J.H. (1979). *Manual de las enfermedades de los ojos*. Barcelona, España: Salvat.
- McDermott, S., Coker, A. L., Mani, S., Krishnaswami, S., Nagle, R. J., Barnett-Queen, L. L. y Wuori, D.F. (1996). A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 447–463.
- McIntyre, L. L., Blacher, J., y Baker, B. L. (2006). The transition to school: Adaptation in young children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 50, 349-361.
- Merianos, A.L., King, K.A., Vidourek, R.A. y Nabors, L.A. (2015). Recent Alcohol Use and Binge Drinking Based on Authoritative Parenting Among Hispanic Youth Nationwide. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1966-1976. doi: 10.1007/s10826-014-9996-2.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo Escolar del Estado. (2018). *Informe 2018 sobre el estado del sistema educativo*. Secretaría General Técnica: España. Recuperado de <http://ntic.educacion.es/cee/informe2018/i18cee-informe.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2016). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*. Madrid: Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2016.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018) *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10ª Revisión Modificación Clínica)*. 2ª edición. Madrid. Recuperado de <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8051.PDF>
- Mishra, V. y Singh, A. (2012). A comparative study of selfconcept and self-confidence of sighted and visually impaired children. *Excel International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 2(2) 148–156.
- Mokhlesin, M., Kasbi, F., Ahadi, H. y Sojouidi, F. (2015). Phonological awareness, working memory and reading comprehension in deaf children. *Koomesh*, 16(2), 128-135. doi: 10.1093/deafed/enr043.
- N'Dri, K.M., Yaya, I., Zigoli, R., Endemel Ayabakan, F., Ipou, S.Y. y Lambert Moke, B. (2018). [Impact of children with multiple disabilities on families in Abidjan]. *Santé publique*, 30(1),135-141. doi: 10.3917/spub.181.0135.
- Nadeau, L. y Tessier, R. (2006). Social adjustment of children with cerebral palsy in mainstream classes: peer perception. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(5), 331-6
- Nelson, P. R. (2011). *The effects of maternal parenting style and maternal involvement on the academic achievement of african american students attending title I schools* (Número de tesis doctoral: AAI3423953). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/873849760?accountid=14520>

- Ni, H.C. y Gau, S.S. (2015). Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: parenting style as a moderator. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 85-96. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.002.
- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J., y Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills- a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, 18(1), 133. doi:10.1186/s12887-018-1100-4.
- Niparko, J.K., Tobey, E.A., Thal, D.J., Eisenberg, L.S., Wang, N.Y., Quittner, A.L., Fink, N.E. y CDaCI Investigate Team. (2010). Spoken language development in children following cochlear implantation. *JAMA*, 303(15), 1498–1506.
- Nittrouer, S., Caldwell-Tarr, A. y Lowenstein, J.H. (2013). Working Memory in Children with Cochlear Implants: Problems are in Storage, not processing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(11), 1886-1898. doi:10.1016/j.ijporl.2013.09.001.
- Njelesani, J., Hashemi, G., Cameron, C., Cameron, D., Richard, D. y Parnes, P. (2018). From the day they are born: a qualitative study exploring violence against children with disabilities in West Africa. *BMC Public Health*, 18(1), 153. doi: 10.1186/s12889-018-5057-x.
- Noh, J.W., Kwon, Y.D., Park, J., Oh, I.H., Kim, J. (2016). Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PLoS One*, 11(11). doi: 10.1371/journal.pone.0166238.
- Novoa, J.A. (6, junio, 2016). Justicia versus relato. [Diversidad Funcional, Opinión] Recuperado de <http://forovidaindependiente.org/justicia-versus-relato/#more-2316>

- O'Donnell, J. y Kirkner, S.L. (2014). The Impact of a Collaborative Family Involvement Program on Latino Families and Children's Educational Performance. *School Community Journal*, 24(1), 211-234.
- Observatorio estatal de la Discapacidad. (2017). *Informe Olivenza 2017, sobre la situación general de la discapacidad en España*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1XRzRVnfoH9BHI0PpftprKv2TnVDDyGMq/view>
- Observatorio estatal de la Discapacidad. (2018). *Informe Olivenza 2018, sobre la situación general de la discapacidad en España*. Recuperado de <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf>
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta 2004*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43126/9243592386_spa.pdf;jsessionid=2A8A05C0AD6D6B2044FF6BCEB04EE76F?sequence=1
- Okhakhume, A.S. (2014). Influence of self-esteem, parenting style and parental monitoring on sexual risk behaviour of adolescents in Ibadan. *Gender and Behaviour*, 12(2), 6341-53.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke, Reino Unido: Macmillan.

- Olusanya, B.O., Ruben, R.J. y Parving, A. (2006). Reducing the burden of communication disorders in the developing world: an opportunity for the millennium development project. *JAMA*, 296(4), 441-144. doi: 10.1001/jama.296.4.441.
- Olusanya, B.O., Neumann, K.J. y Saunders, J.E. (2014). The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*, 92(5), 367-373.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2017). *Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación*. París. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000259592>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*. Madrid: Ministerio de Asuntos. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131983/8486852455-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF)*. Madrid. Recuperado de https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Pérdida de audición en la niñez. ¡Qué hacer para actuar de inmediato!. Recuperado de https://www.who.int/topics/deafness/WHD_brochure_ES.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018a). *Discapacidad y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). *Discapacidades*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018c). *Ceguera y discapacidad visual*.
Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018d). *Sordera y pérdida de la audición*.
Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). (2018). *Concepto de ceguera y deficiencia visual*. Recuperado de <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/concepto-de-ceguera-y-deficiencia-visual>
- Paatsch, L. E., y Toe, D. M. (2014). A comparison of pragmatic abilities of children who are deaf or hard of hearing and their hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19*(1), 1-19. doi: 10.1093/deafed/ent030.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (267-284). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Palacios, J. y Rodrigo, M.J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid, España: Alianza
- Papadopoulos, K., Metsiou, K. y Agaliotis, I. (2011). Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities, 32*(3), 1086-1096. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.021>

- Papuda-Dolińska, B. (2017). Differences in social and academic functioning among visually impaired children in special, integrated and inclusive... 108 DIFFERENCES IN SOCIAL AND ACADEMIC FUNCTIONING AMONG VISUALLY IMPAIRED CHILDREN IN SPECIAL, INTEGRATED AND INCLUSIVE EDUCATIONAL SETTINGS IN POLAND. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 53, 113-126.
- Park, H. (2015). *Language skills, oral narrative production, and executive functions of children who are deaf or hard of hearing* (Número de tesis doctoral: AAI3627541). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1676371202?accountid=14520>
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x.
- Parkes, J., White-Koning, M., Dickinson, H.O., Thyen, U., Arnaud, C., Beckung, E., Fauconnier, J., Marcelli, M., McManus, V., Michelsen, S.I., Parkinson, K., Colver, A. (2008). Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 405-13. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01845.x.
- Patrick, H., Hennessy, E., McSpadden, M.A. y Oh, A. (2013). Parenting Styles and Practices in Children's Obesogenic Behaviors: Scientific Gaps and Future Research Directions. *Childhood Obesity*, 9(1), 73-86. doi: 10.1089/chi.2013.0039.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia*. Madrid, España: NARCEAS, S.A. DE EDICIONES.
- Perveen, K. y Mustafa, M. (2013). The Role of Teachers and Parents in the Social Development of Children with Hearing Impairment and transforming them as a

- Potential of Society. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research*, 4(12), 960-975.
- Pickles, J.O. (2012). *An Introduction to the Physiology of Hearing* (4ed.). Reino Unido: Esmerald Group Publishing Limited.
- Pinquart, M. y Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological adjustment in adolescents with vision impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145-155. doi:10.1080/1034912X.2012.676416.
- Pinquart, M. y Pfeiffer, J. P. (2013). Identity development in German adolescents with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107, 338-349.
- Pinquart, M. y Pfeiffer, J.P. (2014). Attainment of developmental tasks by adolescents with hearing loss attending special schools. *American Annals of the Deaf*, 159(3), 257-268. doi: 10.1353/aad.2014.0023.
- Plomin, R. (1994). *Genetics and Experience: The Interplay Between Nature and Nurture*. Thousand Oaks, CA & London: Sage.
- Plotkin, R.M., Brice, P.J. y Reesman, J.H. (2014). It Is Not Just Stress: Parent Personality in Raising a Deaf Child. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19(3), 347-357. doi: 10.1093/deafed/ent057.
- Polat, F. (2003). Factors Affecting Psychosocial Adjustment of Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 325-339. doi: 10.1093/deafed/eng018.
- Polo, M.T. y López-Justicia, M.D. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 87-98.
- Ranøyen, I., Stenseng, F., Klöckner, C.A., Wallander, J. y Jozefiak, T. (2015). Familial aggregation of anxiety and depression in the community: the role of adolescents' self-

- esteem and physical activity level (the HUNT Study). *BMC Public Health*, 15, 78. doi: 10.1186/s12889-015-1431-0.
- Rawatlal, N., Kliewer, W. y Pillay, B. J. (2015). Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21(3), 80-85. doi: 10.7196/SAJP.8252.
- Raya, A.F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, España.
- Raya, A.F., Herruzo, J. y Pino, M.J. (2008). [Parenting styles and their relationship with hyperactivity]. *Psicothema*, 20(4), 691-6.
- Raya, A.F., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-22. doi: 10.30552/ejep.v2i3.28.
- Raya, A.F., Ruiz-Olivares, R., Pino, M.J. y Herruzo, F.J. (2013a). A Review about Parenting Style and Parenting Practices and Their Consequences in Disabled and Non Disabled Children. *International Journal of Higher Education*, 2(4), 205213. doi: 10.5430/ijhe.v2n4p205.
- Raya, A.F., Ruiz-Olivares, R. Pino, M.J. y Herruzo, F.J. (2013b, octubre). *Diferencias entre las prácticas de crianza de los padres y madres de niñas y niños con y sin discapacidad*. Documento presentado en el I Congreso Internacional de Ciencias de la Educación y del Desarrollo. Santander, España.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author.

- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G.W.J.M., Van der Ende, J., Hofman, A., Jaddoe, V.W.V., Mackenbach, J.P., Verhulst, F.C. y Tiemeier, H. (2013). Economic Disadvantage and Young Children's Emotional and Behavioral Problems: Mechanisms of Risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 125–137. doi: 10.1007/s10802-012-9655-2.
- Rivers, J. W., y Stoneman, Z. (2008). Child temperaments, differential parenting, and the sibling relationships of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, *38*(9), 1740–1750.
- Roa, L. y Del Barrio, V. (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *33*(3), 329-341.
- Rodriguez-Santos, J.M., Calleja, M., Garcia-Orza, J. Iza, M. y Dams, J. (2014). Quantity processing in deaf and hard hearing children: evidence from symbolic and nonsymbolic comparison tasks. *American Annals of the deaf*, *159*(1), 34-44. doi: 10.1353/aad.2014.0015.
- Rom, M. y Silvestre, N. (2011). La amistad en adolescentes con sordera escolarizados en centros ordinarios, en modalidad comunicativa oral. *Educar*, *47*(2), 341-364.
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*. Recuperado de http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf
- Runjic, T., Prcic, A. B. y Alimovic, S. (2015). THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SKILLS AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENT. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, *51*(2), 64-76.

- Sabán, S., Herruzo, F.J. y Raya, A.F. (2013). Relación entre estilos educativos familiares y la inclusión en Programas Diversificación Curricular: un elemento a considerar para la mejora de la convivencia escolar. *Apuntes de Psicología*, 31(2), 237-245.
- Salari, R., Wells, M.B. y Sarkadi, A. (2014). Child behaviour problems, parenting behaviours and parental adjustment in mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health: SAGE Journals*, 42(7), 547-53. doi: 10.1177/1403494814541595.
- Sánchez, A. y Carrión, J.J. (2010). Los estudiantes con discapacidad en la Universidad de Almería: Ideas y Actitudes sobre su integración Educativa y Social. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 329-341. doi: 10.1989/ejep.v3i2.72.
- Sánchez-Escobedo, P. (2006). Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(2), 1-10.
- Sarimski, K. y Lang, M. (2017). Risk factors for self-injurious, aggressive, and stereotypic behavior in children and youths with visual impairments]. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 45(2), 118-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000465>
- Scrimgeour, M.B., Blandon, A.Y., Stifter, C.A y Buss, K.A. (2013). Cooperative Coparenting Moderates the Association between Parenting Practices and Children's Prosocial Behavior. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 506-511. doi: 10.1037/a0032893.
- Seoane, J.A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *ÁGORA*, 30(1), 143-161.
- Shen, S.C., Huang, K.H., Kung, P.T., Chiu, L.T. y Tsai, W.C. (2017). Incidence, risk, and associated factors of depression in adults with physical and sensory disabilities: A nationwide population-based study. *PLoS One*, 12(3). doi: 10.1371/journal.pone.0175141.

- Shields, N., Synnot, A.J. y Barr, M. (2012). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 46(14), 989-997. doi: 10.1136/bjsports-2011-090236.
- Shin, H., Lee, J., Kim, B. y Lee, S.M. (2012). Students' perceptions of parental bonding styles and their academic burnout. *Asia Pacific Education Review*, 13, 509–517. doi: 10.1007/s12564-012-9218-9.
- Shon, K. H. (1999). Access to the world by visually impaired preschoolers. *RE:View*, 30(4), 160.
- Sigurdardottir, S., Eiriksdottir, A., Gunnarsdottir, E., Meintema, M., Arnadottir, U. y Vik, T. (2008). Cognitive profile in young Icelandic children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 50, 357-62. doi. 10.1111/j.1469-8749.2008.02046.x.
- Sigurdardottir, S., Indredavik, M.S., Eiriksdottir, A., Einarsdottir, K., Gudmundsson, H.S. y Vik, T. (2010). Behavioural and emotional symptoms of preschool children with cerebral palsy: a population-based study. *Developmental medicine and child neurology*, 52(11), 1056-61. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03698.x.
- Smith, A.M y Grzywacz, J.G. (2014) Health and Well-Being in Midlife Parents of Children with Special Health Needs. *Families, Systems, & Health*, 32(3), 303– 312.
- Soares, A.D., de Goulart, B.N.G. y Chiari, B.M. (2010). Narrative competence among hearing-impaired and normal-hearing children: Analytical cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 128(5), 284-288. doi: 10.1590/S1516-31802010000500008.
- Spinhoven, P., Elzinga, B.M, Van Hemert, A.M., de Rooij, M. y Penninx, B.W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of

- psychological distress: A six-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 100–108. doi:10.1016/j.jad.2015.11.036.
- Spoth, R., Randall, G. K. y Shin, C. (2008). Increasing School Success through Partnership-Based Family Competency Training: Experimental Study of Long-Term Outcomes. *School Psychology Quarterly*, *23*(1), 70-89. doi: 10.1037/1045-3830.23.1.70.
- Stack, D.M., Serbin, L.A., Enns, L.N., Ruttle, P.L. y Barrieau, L. (2010). Parental effects on children's emotional development over time and across generations. *Infant Young Children*, *23*(1), 52–69.
- Sterling, A., Barnum, L., Skinner, D., Warren, S.F. y Fleming, K. (2012). Parenting Young Children with and Without Fragile X Syndrome. *American Journal on intellectual and developmental disabilities*, *117*(3), 194-206.
- Stevenson, J., McCann, D.C., Law, C.M., Mullee, M., Petrou, S., Worsfold, S., Yuen, H.M. y Kennedy, C.R. (2011). The effect of early confirmation of hearing loss on the behavior in middle childhood of children with bilateral hearing impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *53*(3), 269-274.
- Stright, A.D. y Yeo K.L. (2014). Maternal Parenting Styles, School Involvement, and Children's School Achievement and Conduct in Singapore. *Journal of Educational Psychology*, *106*(1), 301–314. doi: 10.1037/a0033821.
- Suárez, J.C. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema. *MEDICINA U.P.B*, *30*(2), 170-180.
- Sullivan, P. M., y Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, *24*(10), 1257–1274.
- Swanson, J., Valiente, C. y Lemery-Chalfant, K. (2012). Predicting Academic Achievement from Cumulative Home Risk: The Mediating Roles of Effortful Control, Academic

- Relationships, and School Avoidance. *Merrill-Palmer Quarterly*, 58(3), 375–408. doi: 10.1353/mpq.2012.0014.
- Symonds, P.M. (1939). *The psychology of parent-child relationships*. New York, Estados Unidos: Appleton-Century-Crofts.
- Tadić, V., Pring, L. y Dale, N. (2010). Are language and social communication intact in children with congenital visual impairment at school age? *Journal of child psychology and psychiatry*. 51(6), 696-705. doi: 10.1111/j.1469- 7610.2009.02200.x.
- Theunissen, S.C.P.M., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L., Soede, W., Briaire, J.J. y Frijns, J.H.M. (2012). Anxiety in Children with Hearing Aids or Cochlear Implants Compared to Normally Hearing Controls. *The Laryngoscope*, 122, 654-659. doi: 10.1002/lary.22502.
- Theunissen, S.C.P.M, Rieffe, C., Netten, A.P., Briaire, J.J., Soede, W., Schoones, J.W. y Frijns, J.H.M. (2014). Psychopathology and Its Risk and Protective Factors in Hearing-Impaired Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 170-177. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3974.
- Theunissen, S.C.P.M., Rieffe, C., Netten, A.P., Briaire, J.J., Soede, W., Kouwenberg, M. y Frijns, J.H.M. (2014b). Self-Esteem in Hearing-Impaired Children: The Influence of Communication, Education, and Audiological Characteristics. *PLoS ONE*, 9(4), 1-8.
- Toledo, M. (1999). La discapacidad motórica. En M.V. Gallardo y M.L. Salvador (1999). *Discapacidad Motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga, España: Aljibe.
- Tomić, I., Burić, J., Štulhofer, A. (2018). Associations Between Croatian Adolescents' Use of Sexually Explicit Material and Sexual Behavior: Does Parental Monitoring Play a

- Role? *Archives of Sexual Behavior*, 47(6),1881-1893. doi: 10.1007/s10508-017-1097-z.
- Torío, S., Peña, J.V. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 20, 151-178.
- Troster, H., Hecker, W. y Brambring, M. (1994). Longitudinal study of gross motor development in blind infants and preschoolers. *Early Child Development and Care*, 104, 61-78.
- Trute, B., Benzies, K.M. y Worthington, C. (2012). Mother Positivity and Family Adjustment in Households with Children with a Serious Disability. *Journal of child and family studies*, 21(3), 411-417.
- Upadyaya, K. y Salmela-Aro, K. (2013). Development of School Engagement in Association with Academic Success and Well-Being in Varying Social Contexts. A Review of Empirical Research. *European Psychologist*, 18(2), 136–147. doi: 10.1027/1016-9040/a000143.
- Valmaseda, M. (1995). Las personas con deficiencia auditiva. En M.A. Verdugo. *Personas con discapacidad. perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid, España: siglo XXI de España Editores, S.A.
- Van den Heuvel, M., Jansen, D.E., Reijneveld, S.A., Flapper, B.C. y Smits-Engelsman, B.C. (2016). Identification of emotional and behavioral problems by teachers in children with developmental coordination disorder in the school community. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 40-48. doi: 10.1016/j.ridd.2016.01.008.

- Van der Sluis, C.M., Van Steensel, F.J.A. y Bögels, S.M. (2015). Parenting and Children's Internalizing Symptoms: How Important are Parents? *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3652–3661. doi: 10.1007/s10826-015-0174-y.
- Van der Voort, A., Linting, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. y Van Ijzendoorn, M.H. (2013). Delinquent and aggressive behaviors in early-adopted adolescents: longitudinal predictions from child temperament and maternal sensitivity. *Children and Youth Services Review*, 35(3), 439-446. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.12.008.
- Van Eldik, T., Treffers, P.D.A., Veerman, J.W. y Verhulst, F.C. (2004). Mental health problems of dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf*, 148(5), 390–395.
- Van Handel, M., Swaab, H., de Vries, L.S. y Jongmans, M.J. (2010). Behavioral outcome in children with a history of neonatal encephalopathy following perinatal asphyxia. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 286-95. doi: 10.1093/jpepsy/jsp049.
- Van Oort, F.V.A., Verhulst, F.C., Ormel, J. y Huizink, A.C. (2010). Prospective community study of family stress and anxiety in (pre)adolescents: the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 483–491. doi: 10.1007/s00787-009-0058-z.
- Varela, R.E., Niditch, L.A., Hensley-Maloney, L., Moore, K.W. y Creveling, C.C. (2013). Parenting Practices, Interpretive Biases, and Anxiety in Latino Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 171–177. doi: 0.1016/j.janxdis.2012.12.004.
- Varsamis, P., y Agaliotis, I. (2015). Relationships between gross- and fine motor functions, cognitive abilities, and self-regulatory aspects of students with physical disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 430-440. doi: 10.1016/j.ridd.2015.10.009

- Veldhuis, L., Van Grieken, A., Renders, C.M., HiraSing, R.A., Raat, H. (2014) Parenting Style, the Home Environment, and Screen Time of 5-Year-Old Children; The 'Be Active, Eat Right' Study. *PLoS One*, 9(2), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0088486.
- Visagie, L., Loxton, H., Ollendick, T. H. y Steel, H. (2013). Comparing fears in SouthAfrican children with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(3), 193–205.
- Wagner, M.O., Bös, K., Jascenoka, J., Jekauc, D., Petermann, F. (2012). Peer problems mediate the relationship between developmental coordination disorder and behavioral problems in school-aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2072-9. doi: 10.1016/j.ridd.2012.05.012.
- Wahl, K. y Metzner, C. (2012). Parental influences on the prevalence and development of child aggressiveness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 344-55. doi: 10.1007/s10826-011-9484-x.
- Wang, M.T. y Eccles, J.S. (2012). Social Support Matters: Longitudinal Effects of Social Support on Three Dimensions of School Engagement from Middle to High School. *Child Development*, 83(3), 877–895. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01745.x.
- Wang, H. (2014). The relationship between parenting styles and academic and behavioral adjustment among urban Chinese adolescents. *Chinese Sociological Review*, 46(4), 19-40. doi:10.2753/CSA2162-0555460402.
- Watkins, C.S. y Howard, M.O. (2015). Educational success among elementary school children from low socioeconomic status families: A systematic review of research assessing parenting factors. *Journal of Children and Poverty*, 21(1), 17-46. doi: 10.1080/10796126.2015.1031728.

- Welsh, M., Parke, R.D., Widaman, K. y O'Neil, R. (2001). Linkages between Children's Social and Academic Competence: A Longitudinal Analysis. *Journal of School Psychology, 39*(6), 463-481. doi: 10.1016/S0022-4405(01)00084-X
- Will, M. N. y Wilson, B. J. (2014). A longitudinal analysis of parent and teacher ratings of problem behavior in boys with and without developmental delays. *Journal of Intellectual Disabilities, 18*(2), 176-187. doi: 10.1177/1744629514528828
- Xie, Y., Potměšil, M. y Peters, B. (2014). Children who are deaf or hard of hearing in inclusive educational settings: A literature review on interactions with peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 19*(4), 423-437. doi: 10.1093/deafed/enu017.
- Yamaoka, Y., Tamiya, N., Izumida, N., Kawamura, A., Takahashi, H. y Noguchi, H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in japan. *SSM - Population Health, 2*, 542-548. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.08.001
- Yap, M.B y Jorm, A.F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 175*, 424-440. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050.
- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M. y Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 156*, 8-23. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.007.
- Yurduşen, S., Erol, N. y Gençöz, T. (2013). The Effects of Parental Attitudes and Mothers' Psychological Well-Being on the Emotional and Behavioral Problems of Their Preschool Children. *Maternal and Child Health Journal, 17*(1), 68-75. doi: 10.1007/s10995-012-0946-6.

Zaidman-Zait, A. (2007). Parenting a Child with a Cochlear Implant: A Critical Incident Study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(2), 221-241.

