



**Universidad de Oviedo**  
**Facultad de Formación del Profesorado y Educación**

Actitudes hacia la discapacidad física. Estudio  
de caso.

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**GRADO EN PEDAGOGÍA**

**Santiago Rendón Cifuentes**

**Tutor/a: María Teresa Iglesias García**

Junio de 2021

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	MARCO TEÓRICO .....	5
2.1.	EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD .....	5
2.2.	TIPOS DE DISCAPACIDAD .....	10
2.3.	ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD FÍSICA .....	12
3.	MARCO INSTITUCIONAL.....	15
4.	ESTUDIO DE CAMPO .....	18
4.1.	OBJETIVOS .....	18
4.2.	METODOLOGÍA .....	18
4.3.	RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	20
4.4.	RESULTADOS.....	21
5.	CONCLUSIONES .....	25
6.	BIBLIOGRAFÍA .....	27

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado contrasta información referente a los diferentes tipos de discapacidad existentes, para posteriormente centrarnos en el análisis de un caso de discapacidad motora. Para realizar dicho análisis hemos decidido centrarnos en las actitudes, situaciones y factores que hacen que una persona, que tiene una discapacidad motriz, por diferentes razones, se sienta incómoda en diversas situaciones de la vida diaria.

Hemos decidido realizar este Trabajo de Fin de Grado centrándonos en este tema debido a ciertas circunstancias personales que nos hicieron darnos cuenta de la necesidad de prestar atención, no solo a las barreras físicas con las que se encuentra una persona con discapacidad, sino también a las barreras actitudinales a las que se tiene que enfrentar en su día a día. Además de que consideramos que se trata de una cuestión a la que se le debe dar mayor visibilidad y recursos ya que es una de las vías por las que se podrán realizar cambios sociales y a través de la que podremos conseguir una sociedad más igualitaria y sin prejuicios.

El 13 de diciembre de 2006 se produjo un hecho histórico, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), algo que situaba a la discapacidad en el marco de los derechos humanos y abría la puerta a nuevos debates en torno a la necesidad de desarrollar programas de atención a la discapacidad. A partir de este momento se empezó a considerar a las personas con discapacidad como ciudadanos de pleno derecho, lo que trajo consigo la protección de sus derechos en términos de igualdad, protección, libertad, participación, derechos sociales y autonomía personal. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad definió a las personas con discapacidad como aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). En definitiva, este fue un paso decisivo hacia la integración de las personas con discapacidad en la sociedad y desde entonces han sido muchos los avances que se han hecho.

A lo largo del presente Trabajo Fin de Grado encontraremos un marco teórico en el cual indagaremos acerca del concepto dinámico y en constante evolución de discapacidad, también haremos referencia a su evolución institucional y normativa mediante la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (Jiménez et al., 2002), desfasada hoy en día pero que es necesario tener en cuenta, y que fue completada en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) (OMS, 2001). Encontraremos los diferentes tipos de discapacidad (física, sensorial, intelectual y mental), y nos adentraremos más concretamente en la discapacidad física, objeto de nuestro estudio de caso. Seguidamente, presentaremos diferentes estudios que hacen referencia a las actitudes

percibidas en la sociedad hacia las personas con discapacidad, pudiendo adelantar que los estudios acerca de este fenómeno son escasos.

Por otra parte, describiremos el marco institucional, dedicado a presentar la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla, ubicada en Gijón y donde hemos realizado nuestro prácticum del Grado de Pedagogía. En este apartado presentaremos los diferentes programas que desarrolla la entidad, los objetivos que persiguen y el público al que dirigen sus acciones.

A continuación, describiremos nuestro estudio de campo, en el cual formulamos como objetivos principales conocer las barreras actitudinales a las que se enfrentan las personas con discapacidad y explicar de qué manera estas pueden llegar a incomodar o violentar a las personas con discapacidad. Después presentaremos la metodología puesta en práctica para realizar el estudio, y los instrumentos utilizados para la recogida de información; por último, expondremos los resultados extraídos de la entrevista, el grupo de discusión y de la revisión de los diferentes estudios consultados acerca del tema. Terminaremos con un apartado dedicado a las conclusiones alcanzadas y añadiremos el listado de referencias bibliográficas consultadas.

## **2. MARCO TEÓRICO**

Comenzaremos nuestro trabajo abordando los aspectos referentes al concepto de discapacidad y su evolución, después se tratarán las peculiaridades de la discapacidad física y, por último, hablaremos acerca de las actitudes de la sociedad hacia las personas con discapacidad física, donde expondremos datos de diversos estudios consultados y que nos servirán para enmarcar nuestro estudio de caso.

### **2.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD**

El concepto de discapacidad es un concepto dinámico y en constante evolución, y es precisamente a consecuencia de la evolución de la humanidad que las ideas y concepciones acerca de las personas con discapacidad se han modificado según ha ido cambiando nuestra percepción del mundo y del papel de cada uno en la sociedad. Sumado a esto, como es evidente, la evolución de la ciencia en sus diferentes ámbitos, que ha tenido un papel clave para este avance.

En 1919, tras el fin de la Primera Guerra Mundial, se establecieron los principios de la rehabilitación médica, y una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial fue cuando empezaron a desarrollarse sus actividades tal y como las conocemos hoy en día. El doctor Howard Rusk inició un programa en un centro de convalecientes de guerra de Missouri, Estados Unidos, que dio origen a un movimiento panamericano enfocado en la concepción funcional del tratamiento médico (Amate, 2006). Según este autor, el proceso de rehabilitación transita por cinco etapas que se interrelacionan con el grado de desarrollo y el estado socioeconómico de los pueblos y que serían las siguientes:

- 1) Etapa filantrópica. La idea predominante es la enfermedad y se habla de invalidez, considerada como una característica constante del individuo.
- 2) Etapa de asistencia social. Se caracteriza por la ayuda al lisiado con carencias.
- 3) Etapa de los derechos fundamentales. Coincide con el establecimiento de los derechos universales. Surge el concepto de discapacidad.
- 4) Etapa de la igualdad de oportunidades. Se pone en evidencia la relación entre la persona y el medio. Aparece el concepto de desventaja.
- 5) Etapa del derecho a la integración. Los avances sociológicos, así como la democratización política y del conocimiento, amplían el concepto de desventaja y determinan la incorporación del derecho a la integración y la participación. (p.3)

Por otro lado, Seoane (2011) afirma que “no existe una única noción sobre discapacidad, y esto ha quedado demostrado con la evolución terminológica, conceptual y normativa que ha demostrado la historia” (p. 151). Sin embargo, las Naciones Unidas a través de los órganos especializados, se han preocupado por brindar un lenguaje

unificado sobre el concepto de discapacidad, aunque sabemos que en la realidad este lenguaje cambia de manera mucho más rápida que las instituciones.

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) cuya versión en español se publicó en 1983 (Jiménez et al., 2002); este hecho marcó un antes y un después en la evolución del concepto de discapacidad, ya que permitió poner el foco de atención sobre los distintos momentos de un proceso que puede alterar las funciones de la persona y la influencia que sobre ella ejerce el ámbito social (Amate, 2006). Tal y como explica Amate (2006) la:

CIDDDM describe las consecuencias de la enfermedad en forma lineal y supone una progresión desde el daño a la salud hasta la deficiencia, discapacidad, minusvalía o desventaja. Sin embargo, el proceso no siempre es lineal; por ejemplo, la internación prolongada puede originar deficiencias físicas, mentales y sociales. En otras palabras, las consecuencias de una enfermedad no se pueden predecir con certeza. (p. 4)

Para completar lo expuesto desde la CIDDDM, conviene definir los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Citando a Vaz Leal y Cano Carrasco (2002) podemos aportar las siguientes definiciones:

- El término deficiencia hace referencia a la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función, que puede ser tanto fisiológica como psicológica.
- El término discapacidad hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada.
- El término minusvalía hace referencia a la existencia de una barrera presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural. (p. 679)

Teniendo en cuenta estas definiciones, la CIDDDM actúa basándose en un esquema dividido por tres niveles, coincidiendo con los tres conceptos claves de esta clasificación y que permite dar una atención mucho más individualizada y especializada dependiendo de las características propias de cada condición.

En primer lugar, encontramos el Nivel DE (deficiencia) que sirve para hacer referencia a la pérdida o a la anomalía de una estructura o función, a continuación, se hace referencia al Nivel DI (discapacidad) que habla de la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma que se suele considerar normal para un ser humano; por último, respecto del tercer nivel, el Nivel M (minusvalía), hace referencia a la situación desventajosa que se crea para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, desde el momento en que se ve limitado o impedido para el desempeño de un rol que sería normal en su caso (teniendo en cuenta su edad, sexo y los factores sociales y culturales que puedan concurrir) (Vaz Leal y Cano Carrasco, 2002).

Por tanto, la CIDDM estructura las manifestaciones observables en la práctica, en relación con los tres niveles mencionados recientemente, de acuerdo con la sistemática expuesta en la Tabla 1.

Tabla 1. Contenidos de la CIDDM

NIVEL	CONTENIDOS
DEFICIENCIAS (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencias intelectuales</li> <li>Otras deficiencias psicológicas</li> <li>Deficiencias del lenguaje</li> <li>Deficiencias del órgano de la audición</li> <li>Deficiencias del órgano de la visión</li> <li>Deficiencias viscerales</li> <li>Deficiencias musculoesqueléticas</li> <li>Deficiencias desfiguradoras</li> <li>Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras</li> </ul>
DISCAPACIDADES (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discapacidades de la conducta</li> <li>Discapacidades de la comunicación</li> <li>Discapacidades del cuidado personal</li> <li>Discapacidades de la locomoción</li> <li>Discapacidades de la disposición del cuerpo</li> <li>Discapacidades de la destreza</li> <li>Discapacidades de situación</li> <li>Discapacidades de una determinada aptitud</li> </ul>
MINUSVALIAS (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minusvalía de orientación</li> <li>Minusvalía de independencia física</li> <li>Minusvalía de la movilidad</li> <li>Minusvalía ocupacional</li> <li>Minusvalía de integración social</li> <li>Minusvalía de autosuficiencia económica</li> <li>Otras minusvalías</li> </ul>

Fuente: Vaz Leal & Cano Carrasco, 2002, pp. 681-682

Observamos que la clasificación que aparece en la Tabla 1 es algo caótica ya que en el nivel DE, las deficiencias aparecen definidas en unos casos por el órgano o sistema afectado, en otros casos por la función afectada y en otros por el resultado a nivel

morfológico de la misma. Lo mismo ocurre en el nivel DI, relativo a las discapacidades, donde las funciones complejas aparecen al mismo nivel de funciones fisiológicas más simples. Finalmente, en el nivel M se observa también la coexistencia de fenómenos estrictamente ligados con otros fenómenos de una clara naturaleza interaccional y psicosocial (Vaz Leal y Cano Carrasco, 2002).

Esta primera clasificación aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no fue la más completa o aceptada, dado que los conceptos a los que se acogía se relacionaban estrechamente a concepciones médicas. De todos modos, cabe decir que el objetivo del establecimiento de estas tesis era principalmente crear un lenguaje unificado entre los profesionales de la materia, de manera que pudiesen tener una visión más unificada y clara sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas con discapacidad.

Dadas las críticas que recibió la CIDDM, la OMS publica en 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001) que constituye una revisión de la CIDDM. Actualmente, es una clasificación de referencia y junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) constituyen las clasificaciones más importantes de la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI). La CIF fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la Resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001<sup>1</sup>. Esta clasificación ofrecería una nueva descripción de todos los componentes funcionales y la compleja interrelación entre los factores involucrados en la discapacidad, permitiendo poner el énfasis en aquellos aspectos relacionados con el medio y se mantendrían los componentes del proceso.

Pues bien, adentrándonos en la formulación de la CIF, esta integra los modelos biomédico y social de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, de manera novedosa, permite describir cómo los factores ambientales y personales son elementos clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y cómo se pueden adoptar cambios y medidas sociales que permitan reducir su impacto cuando este es negativo. Con la CIF, el funcionamiento de los pacientes, que incluye los componentes, funciones estructuras corporales, actividades y participación, se convierte en uno de los puntos más importantes desde la perspectiva médica (Ayuso-Mateos et al., 2006). Cáceres Rodríguez (2004) explica de qué modo actúa el modelo médico y social en la CIF, de manera que el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por

---

<sup>1</sup> Información recuperada de la página web de la Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es>

profesionales, encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Para lograrlo, la atención sanitaria se considera primordial, lo que provoca como respuesta política principal la modificación o la reforma de los sistemas de atención a la salud. De este modo, pone el foco sobre la necesidad de desarrollar programas de atención a la discapacidad que sean verdaderamente eficientes y que permitan a las personas con discapacidad obtener una atención individualizada atendiendo a todos los factores que influyen en su condición.

Del mismo modo, Cáceres Rodríguez (2004) sostiene que “el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social” (p. 76).

En la CIF se habla de dos principios que afectan directamente a las estrategias de medida y el saber cómo: el principio de universalidad y el principio de continuidad. En primer lugar, el principio de universalidad pretende hacer saber que la discapacidad es un fenómeno común, característico de la condición humana, más que una característica social de grupos minoritarios. Por su parte, el principio de continuidad asume que tanto el funcionamiento como la discapacidad son fenómenos que se extienden a lo largo de un continuo en lugar de ser conceptos categoriales. Según esta teoría, la discapacidad es un fenómeno dinámico, fruto de la interacción entre los estados de salud y los factores contextuales (Ayuso-Mateos et al., 2006), volviendo a incidir sobre la necesidad de tener en cuenta, no solo la condición física, sino la multitud de factores sociales que condicionan el desarrollo de la discapacidad.

Es precisamente debido a esta idea clave que la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS (2001) contiene aspectos sociales e incorpora las Normas Uniformes sobre la Igualdad de oportunidades, así como las diferentes propuestas y sugerencias sobre los modelos de discapacidad de las personas con discapacidad y sus organizaciones. En esta clasificación, según Martín y Ripollés (2008),

la discapacidad es un concepto global genérico y no debe entenderse como la consecuencia de la enfermedad, sino que en ella se recogen las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano. (p. 86)

En la teoría del enfoque de derechos se reconoce a la persona con discapacidad debido a su dignidad humana, por lo tanto, el concepto de discapacidad se concreta en la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad como una respuesta teórica y normativa, en la que confluyen los modelos médico y social (Organización Mundial de la Salud, 2001). En esta Convención la discapacidad se concibe como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona, por lo tanto, no es una situación que tiene efectos estrictamente particulares,

sino que es una cuestión que concierne a los derechos humanos (Ospina, 2010) y que debe ser abordada por las instituciones, permitiendo hacer cambios reales en la sociedad que permitan dignificar la vida de las personas con discapacidad.

Siguiendo adelante, la evolución del concepto de discapacidad se puede concretar en los siguientes modelos (Amate, 2006):

- En primer lugar, encontramos el *Modelo preformista o negativista*, que predomina hasta el siglo XVII, pues antes de la Revolución Francesa los seres humanos tenían una fiel creencia de que lo que no estaba dentro de los cánones de lo normal suponía un castigo por parte de alguna fuerza divina, y consideraban que las deficiencias eran uno de estos castigos. Según las distintas culturas, las personas con discapacidades eran perseguidas, apartadas e institucionalizadas de manera permanente.
- Siglos más tarde (XVII – finales del siglo XIX) aparece el *Modelo predeterminado médico*, en el cual se consideraba que las discapacidades tenían origen biomédico. En esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaban en establecimientos donde se atendía a individuos con cualquier tipo de discapacidad, siendo las órdenes religiosas las que primordialmente se ocupaban de estas personas.
- En tercer lugar, encontramos el *Modelo determinista*, el cual se extiende desde finales del siglo XIX hasta 1980 aproximadamente, en este se desarrolla el criterio de rehabilitación y de educación especial.
- Años más tarde aparecería el *Modelo interaccionista o estructuralista*, en el cual se desarrolla el concepto de desventaja y empiezan a enfatizarse los factores ambientales, con este modelo empieza a implantarse la normalización en la educación de las personas con discapacidades.
- Por último, el *Modelo inclusivo de los derechos humanos* reconoce que los derechos humanos son fundamentales y se incluyen en la ejecución de programas.

Como podemos comprobar, el término de discapacidad y sus implicaciones en la vida de las personas que la sufren ha sido muy discutido a lo largo de la historia y depende de gran manera de las creencias y avances sociales y científicos que se han ido dando, por tanto, podemos entender que el término seguirá evolucionando a medida que evolucionemos como sociedad.

## **2.2. TIPOS DE DISCAPACIDAD**

Sobre la base del texto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006), el Estado español entiende como personas con discapacidad a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con

las demás. Vamos a delimitar entonces los distintos tipos de discapacidad que se contemplan.

En primer lugar, hablamos de la discapacidad física, esta puede ser originada por problemas en el sistema musculoesquelético, sistema nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético y sistema inmunitario, aparato digestivo, aparato genitourinario, sistema endocrino, piel y anejos, neoplasias (OMS, 2002). Además, la discapacidad física, entendida como aquella que limita o impide el desempeño motor de la persona, se puede clasificar de varias formas según el momento de su aparición, área afectada, etc.

La discapacidad física se puede clasificar según la etapa respecto del momento del nacimiento en la que se produce el daño cerebral en: prenatal (antes del nacimiento), perinatal (durante el nacimiento), postnatal (después del nacimiento) (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010). También la discapacidad puede ser adquirida posteriormente como consecuencia de enfermedades o accidentes.

La discapacidad motórica, por su lado, constituye una alteración de la capacidad del movimiento que puede afectar a las funciones de desplazamiento, manipulación, respiración; y limitar a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay una alteración en músculos, huesos, articulaciones, o daño en el cerebro que afecta al área motriz e impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

En cuanto a la discapacidad sensorial, es una discapacidad de uno de los sentidos y por lo general se utiliza para referirse a la discapacidad visual o auditiva; sin embargo, los otros sentidos también pueden desarrollar discapacidades. Dentro de la discapacidad sensorial podemos hablar de la ceguera, pérdida de visión, sordera y pérdida de audición, discapacidades olfativas y gustativas (incluyendo anosmia, que es una incapacidad para oler), discapacidad somatosensorial (falta de sensibilidad al tacto, calor, frío, y dolor), y trastornos del equilibrio, aunque estas son sólo algunas discapacidades dentro el rango de la discapacidad sensorial.<sup>2</sup>

Por otro lado, la discapacidad intelectual tal y como define la Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD) (2011) se origina antes de los 18 años de edad y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa. Este enfoque concibe la discapacidad como el desajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en que esta funciona y los apoyos necesarios, dado que las limitaciones coexisten habitualmente con las capacidades.

---

<sup>2</sup> Información recuperada de: National Rehabilitation Information Center, vista 24 de junio de 2021: <https://www.naric.com/?q=es>

Por último, en lo referente a la discapacidad mental, anteriormente las personas que la sufrían no eran reconocidas como personas con discapacidad, sino que las encasillaba como “enfermas mentales”, pero, desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2006, se reconoce, distingue y diferencia, por primera vez por un instrumento jurídico, a las personas que presentan una discapacidad mental o psicosocial de las personas que tienen otro tipo de discapacidad. La Convención reconoce que las personas con “enfermedades mentales” ahora son personas con discapacidad mental o discapacidad psicosocial, y sus características, necesidades, requerimientos y manifestaciones son diferentes a las de otras discapacidades (Fernández, 2017), suponiendo un enorme avance para la adaptación de los tratamientos y una clara mejora en la calidad de vida de estas personas que ahora cuentan con atenciones individualizadas.

### **2.3. ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD FÍSICA**

Habiendo delimitado el marco teórico en el que enmarcamos nuestro trabajo, podemos seguir adelante centrándonos en nuestro estudio de caso, comenzando por entender de qué manera las barreras actitudinales pueden ser un gran problema para la adaptación de las personas con discapacidad física en la sociedad. Es por ello por lo que cuando hablamos de actitudes, también hacemos referencia a las barreras que impiden la participación y el desarrollo de las personas con discapacidad en la vida social, dado que influyen directamente en el desempeño social y en las actividades de la vida diaria (Noreau & Boschen, 2010). Entre los factores que influyen en las barreras de acceso a la participación social de las personas con discapacidad encontramos aspectos relacionados con la accesibilidad en el entorno físico, la tecnología, las actitudes de la población frente a la discapacidad y los sistemas, servicios y políticas que muchas veces parecen fracasar en la atención a las personas con discapacidad física.

Desde nuestro punto de vista, es fundamental corregir y tratar de paliar las barreras actitudinales que de manera tan evidente afectan a la vida de las personas con discapacidad física. Sin embargo, cabe mencionar que no existen muchos estudios que hagan referencia específica a las actitudes de la sociedad hacia las personas con discapacidad física, aunque bien es cierto que sí que podemos encontrar variedad de estudios relacionados con las actitudes hacia las personas con discapacidad en general. A continuación, presentamos algunos de ellos.

Haciendo referencia a estudios relacionados con las actitudes hacia las personas con discapacidad de manera generalizada, encontramos que Rimmer et al. (2004) realizaron un estudio cualitativo en el cual tenían como objetivo identificar las barreras y facilitadores asociados a la participación de las personas con discapacidad en programas de acondicionamiento y recreación. Estos autores partieron de cuatro grupos focales: las personas con discapacidad, los planeadores, los entrenadores físicos y los administradores gubernamentales. Los resultados revelaron que la participación de

personas con discapacidad en este tipo de actividades está condicionada por diversas barreras tales como los altos costos de los programas, la falta de vías de acceso, de políticas específicas y de apoyo de amigos y familiares, las actitudes negativas de otras personas, el miedo a lo desconocido y la falta de equipos adecuados para el manejo de las personas con discapacidad física en los centros de acondicionamiento físico. Por tanto, se trata de condicionamientos externos a la persona y que ponen en evidencia la falta de educación en materia de atención a la discapacidad.

En un estudio realizado por Villa (2003), el cual se centra en el análisis de la situación laboral de las personas con discapacidad en España, obtuvo como conclusiones que los principales motivos que dificultaban la inserción laboral de las personas con discapacidad son el bajo nivel educativo y de cualificación profesional, la falta de motivación para desempeñarse laboralmente, la poca información relacionada con el tema que reciben las personas con discapacidad y sus familias, la actitud negativa por parte de algunos empleadores, las dificultades para acceder a las fuentes de financiación para la creación de microempresas y las dificultades de accesibilidad encontradas en el transporte y en los centros de formación o desempeño laboral.

Tras este análisis, el autor identificó otras barreras que pueden encontrar las personas con discapacidad a la hora de acceder al mercado laboral, en las que se mencionan las barreras sociales (la limitación de oportunidades y la marginación social); barreras del entorno físico (que limitan o impiden el acceso, la movilidad o la comunicación); barreras psicosociales (tales como la excesiva protección familiar, las deficiencias educativas y formativas, la desmotivación, la falta de información y orientación profesional) y, por último, las barreras mentales (alimenta su autoexclusión del mercado de trabajo y le hace en exceso dependiente de las políticas de protección). En definitiva, se vuelve a incidir sobre los factores externos y de qué manera estas barreras actitudinales terminan por condicionar la perspectiva de la persona con discapacidad sobre sí misma y su valía.

Como publican Millas y Calderón (2005) los principales obstáculos que impiden la integración laboral de nuestro colectivo de estudio se relacionan estrechamente con las actitudes (discriminación positiva, nociva y sistemática), la infraestructura inadecuada de las empresas, la falta de enseñanza media y/o técnica o universitaria para las personas con discapacidad y las carencias o fallos en la legislación, lo cual conlleva a la limitación de la participación de las personas con discapacidad para obtener un trabajo digno y que se ajuste a su condición.

En lo referente al sector educativo, que de acuerdo con la CIF es un aspecto importante para el desarrollo de las diferentes esferas del ser humano a lo largo de la vida, idea con la que evidentemente debemos estar de acuerdo, podemos encontrar diferentes estudios que hacen referencia a las restricciones de participación que se encuentran las personas con discapacidad a la hora de acceder a este.

Buysse et al. (1998) concluyeron que, durante el proceso de inclusión educativa, actúan diferentes barreras de tipo actitudinal y estructural, de las cuales estos autores

diferencian cuatro. En primer lugar, la calidad de los programas ofertados en la niñez temprana, donde se incluyen el gran número de estudiantes por aula, la relación entre el número de docentes y estudiantes, la deficiente capacitación docente para el manejo de niños con discapacidad y los problemas en la planificación del tiempo docente. En segundo lugar, las fuentes comunitarias, donde encontramos las dificultades para el acceso al transporte. En tercer lugar, la coordinación e integración de servicios, donde se pueden apreciar las limitaciones en la participación de los miembros de la familia, tanto en la planificación y coordinación de los servicios disponibles, como en la evaluación, y en los problemas a la hora de identificar las necesidades. Por último, se identifican actitudes y creencias, donde podemos encontrar la falta de conocimiento de los docentes, padres, especialistas y administradores en relación con las políticas y prácticas inclusivas.

Añadido a todo lo anterior y haciendo referencia a las actividades sociales, Martin y Muñoz (2007), tras consultar los datos del Foro Europeo de la Discapacidad del 2002, concluyeron que las principales barreras que se encuentran las personas con discapacidad para el acceso a eventos sociales o culturales se encuentran en la falta de información relacionada con estas actividades, la escasa motivación para su asistencia, los problemas estructurales de los escenarios culturales, la falta de tiempo, los altos costos de los eventos y las actitudes negativas hacia las personas con esta condición.

Por otra parte, en estudios que centran su atención en las actitudes hacia las personas con discapacidad física, Levasseur et al. (2008) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la calidad de vida, el nivel de participación y la percepción de la calidad del ambiente (facilitadores u obstáculos en el entorno físico o social) de una comunidad donde residían 156 adultos mayores que diferían en su nivel de actividad, debido a enfermedades del sistema nervioso o circulatorio, lesiones del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo, entre otras. Los datos resultantes evidenciaron que los individuos que tenían una mayor calidad de vida y satisfacción eran los mismos que reportaban un alto nivel de actividad, y en cuanto a barreras de este grupo de estudio se concluyó que los bajos ingresos económicos, el bajo estrato social, la depresión y los problemas arquitectónicos eran los principales motivos que impedían una socialización satisfactoria.

En otro estudio realizado por Buffart et al. (2009), estos pretendían analizar las principales barreras y facilitadores personales y ambientales en la realización de actividad física de 16 adultos jóvenes que presentaban algún grado de discapacidad a causa de alteraciones en su desarrollo por mielomeningocele, parálisis cerebral, lesión medular adquirida y artritis reumatoidea. La recolección de datos se produjo a través de una entrevista semiestructurada, y los resultados obtenidos concluyeron que las principales barreras personales y ambientales con las que se encuentran los participantes son la falta de motivación, de tiempo y de soporte profesional adecuado que les permita desarrollar la actividad física con seguridad, por otra parte, también el factor económico y la dependencia de terceros es uno de los factores más destacados. Por último, los

cuestionados no consideraban la actividad física como algo beneficioso para la salud, sino por el contrario, un riesgo para el empeoramiento de su condición. Por lo cual la conclusión a la que se puede llegar es que las personas con discapacidad física consideran que el deporte es bueno, sin embargo, lo ven como algo negativo dado que las infraestructuras (gimnasios, centros deportivos, etc.) y las actividades, no están adaptadas a sus necesidades.

Badía et al. (2011), en un estudio referente al tema que nos interesa, se dedicaron a realizar un análisis de la influencia de algunos factores personales y ambientales sobre la participación en actividades de ocio de 234 jóvenes y adultos que presentaban algún tipo de discapacidad física en España. Los resultados del estudio indican que la participación en actividades de ocio está más relacionada con los factores personales y las barreras ambientales, que con los factores relacionados con la discapacidad (p.ej. tipo, nivel y grado de discapacidad). Además, al considerar los diferentes tipos de actividades de ocio (en el hogar, sociales y físicas) por separado, se encontró que, la participación en actividades de ocio en el hogar se explica de igual forma por factores personales y ambientales; mientras que, en el caso de las actividades sociales y físicas, las barreras ambientales muestran un mayor impacto en el grado de participación en comparación con los factores personales. Lo que viene a evidenciar que las personas con discapacidad están condicionadas de gran manera por aspectos externos a su propia voluntad, pues en un ambiente seguro y cómodo para ellas, se permiten desarrollar actividades que de otro modo quizás no se plantearían por vergüenza, falta de recursos, dificultades impuestas, etc.

En resumen, la mayor parte de los estudios tienen conclusiones muy similares y que ponen el acento sobre la necesidad de rebajar las barreras actitudinales de las que venimos hablando y que se presentan, no solo en actitudes sociales, sino también desde las mismas instituciones que no aportan los recursos suficientes (educativos y de infraestructuras) para facilitar la vida de las personas con discapacidad física y su integración en la vida social. Es evidente que un espacio seguro, adaptado a sus necesidades y con una educación en valores para el resto de la sociedad, facilitaría la integración de las personas con discapacidad física de manera mucho más eficiente y con claros beneficios para el conjunto de la sociedad.

### **3. MARCO INSTITUCIONAL**

Para el desarrollo de este apartado vamos a centrarnos en poner en contexto la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla (MDN en adelante), lugar donde hemos realizado nuestro prácticum del Grado de Pedagogía y donde se ha efectuado la recogida de información para la realización del trabajo. Para ello utilizaremos la información recuperada de archivos internos de MDN (<https://mardeniebla.es/>), vista el 21 de junio de 2021.

La Fundación por la Acción Social Mar de Niebla es una entidad comunitaria que nace y desarrolla su actividad en el barrio de la Calzada, Gijón, aunque parte de su acción tiene una incidencia autonómica y estatal. Históricamente el barrio de La Calzada ha sido uno de los barrios obreros por excelencia de la ciudad, donde se concentraron gran parte de los trabajadores de la siderurgia, astillería y otras actividades industriales de la ciudad de Gijón. La Calzada es una zona castigada históricamente por la pobreza, la delincuencia, y por las desigualdades sociales en general. A raíz de esto, se ha convertido en los últimos años en un barrio inquieto, reivindicativo y con un sentimiento vecinal enorme. En la actualidad el barrio está volviendo a revivir contextos de dificultad que se creían superados a principios del siglo XXI. El desempleo juvenil y de mayores de 45 años de estos últimos años está derivando en problemas asociados a la inactividad que generan múltiples situaciones de riesgo.

El barrio cuenta con muchos servicios: numerosos centros educativos públicos de primaria, tres centros públicos de educación secundaria, un centro concertado de formación, el Centro Municipal de Empresas, la Oficina del Servicio Público de Empleo, dos centros de salud, un centro municipal integrado, piscinas y pistas polideportivas... así mismo, como indicábamos, cuenta con una gran vida y movimientos participativos. A pesar del contexto de dificultad sigue manteniendo un cierto núcleo de comercios de proximidad y una gran superficie.

Mar de Niebla nace en el año 2004 en el barrio de La Calzada con la intención principal de generar proyectos de interés social en la ciudad de Gijón. Ya existían en aquel año unas fuertes convenciones encaminadas a hacer protagonista a la persona, a creer en su potencial, a acompañar, ayudar... pero siempre respetando la dignidad de las personas. El cometido de Mar de Niebla es trabajar por la integración social de colectivos vulnerables.

El objetivo que persigue Mar de Niebla se centra en trabajar la inserción social, laboral y cultural de personas preferentemente en situación de vulnerabilidad desde un marco socioeducativo normalizado. Para ello implementan estrategias de acompañamiento y asesoramiento personalizado para todos los participantes, para de esta manera dotar de protagonismo a la persona implicada. De la misma manera, la Fundación pretende mejorar las oportunidades de los participantes con el objetivo de que puedan vivir un proyecto vital digno y en igualdad de oportunidades respecto a otras personas que nacen en contextos socioeconómicos más favorables. En el espacio de Mar de Niebla se desarrollan a diario diversos proyectos que buscan la integración social de las personas, aquí presentamos algunos en los que hemos tenido la oportunidad de participar durante nuestra estancia allí.

En primer lugar, tenemos las tutorías individuales, espacio de atención individualizada en el que se diseña con cada participante su itinerario personal de inserción y se realiza un acompañamiento durante el programa, con el fin de fortalecer ese itinerario y profundizar sobre diferentes aspectos que puedan ser de interés para el o la participante. Las sesiones de tutoría se han desarrollado de manera quincenal, aunque

en ocasiones se han realizado de manera semanal por petición de los y las participantes, tanto en horario de mañanas, como de tardes. Las tutorías se agendaban a través de cita; sin embargo, ha habido momentos en los que se han realizado de manera espontánea, ya fuera por necesidades del o la participante, o por recuperar una cita perdida.

En MDN también podemos encontrar la Escuelina, que es un espacio formativo dirigido a jóvenes que deseen retomar sus estudios de ESO, preparar las pruebas de acceso a ciclos formativos de Grado Medio o Superior, o la prueba de competencias clave. Este proyecto se ha llevado a cabo de lunes a viernes en horario de 11:00 a 13:00 horas.

BiciLab es otro de los proyectos que desarrollan en la fundación, se trata de un espacio ocupacional para trabajar competencias básicas a la vez que los y las participantes aprenden acerca de la reparación, la reutilización y el reciclaje de bicicletas, en colaboración con la asociación 30 días en bici. Además, desde las últimas dos ediciones de BiciLab, se ha logrado que los/as jóvenes participantes abrieran su proyecto al barrio a través de una campaña de donación de bicicletas y a través de una jornada de puertas abiertas de la entidad (“Km solidarios”) en la que los y las jóvenes animaban a la ciudadanía a pedalear con el objetivo de colaborar con Mar de Niebla. En los meses en que BiciLab ha estado activo, se ha conseguido dar un paso más, en colaboración con la Formación ApS de Monitor/a de Ocio y Tiempo Libre, ofreciendo rutas urbanas en bici y actividades lúdicas para los más pequeños, talleres para aprender a montar en bici y píldoras formativas sobre reparación de bicicletas (talleres de mecanicleta). BiciLab se ha llevado a cabo de lunes a viernes en horario de 9:00 a 13:00 horas.

Otro de los proyectos en los que hemos tenido la oportunidad de participar es el de Formaciones ApS, que incluye acciones formativas con la metodología del Aprendizaje y Servicio orientadas a mejorar las competencias profesionales y estimular el gusto por aprender de los y las participantes. En Mar de Niebla se apuesta por esta metodología ya que une el aprendizaje con el compromiso social, es decir, implica aprender haciendo, en este caso, un servicio a la comunidad. A través de un análisis de la realidad de su entorno, los y las participantes detectaron necesidades relacionadas con la temática de su formación y a través del diseño de un proyecto grupal, se comprometieron a dar respuesta a esas necesidades, mientras ponían en práctica sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores. La primera formación de Aprendizaje y Servicio por la que se optó en el año 2020 fue Monitor/a de Ocio y Tiempo Libre; que capacitó a los y las participantes en las habilidades y estrategias necesarias para llevar a cabo actividades relacionadas con la dinamización de grupos.

Por último, encontramos la orientación formativo-laboral, en la que, a través de sesiones individuales y talleres grupales, se ofrece una orientación formativo-laboral a los y las participantes con interés en la búsqueda de empleo, o en continuar su formación fuera de La Ofi. De esta manera, los y las participantes han tenido la oportunidad de trabajar aspectos tan variados como su itinerario formativo, elaborar y/o

actualizar su currículum vitae, aprender a redactar cartas de presentación, conocer diversos portales para su búsqueda de empleo, cómo realizar una entrevista de trabajo adecuada, llevar a cabo trámites a través de Internet, etc.

Ninguno de estos proyectos se dirige concretamente a personas con discapacidad, sin embargo, a éstas se les ofrece la oportunidad de participar en todos ellos, de esta manera Mar de Niebla ofrece un espacio de interacción y socialización, evidenciando que es totalmente posible crear un espacio seguro y adaptado a las personas con discapacidad, educando en valores, en el respeto mutuo y la empatía.

#### **4. ESTUDIO DE CAMPO**

Hemos comenzado delimitando los marcos teórico e institucional, lo que nos permite ahora contextualizar correctamente el estudio de caso que presentamos a continuación. En este apartado comenzaremos describiendo los objetivos del estudio, haremos alusión a la metodología utilizada, al diseño de la investigación, al proceso que hemos seguido para su realización y por último a las estrategias e instrumentos de recogida de información que hemos utilizado. Todo ello nos permitirá analizar de cerca de qué manera las barreras actitudinales pueden afectar a la vida de las personas con discapacidad física, gracias al testimonio recogido de una chica participante en la asociación Mar de Niebla.

##### **4.1. OBJETIVOS**

En este estudio de caso nos planteamos dos objetivos principales que están relacionados entre sí y que serían los siguientes:

- En primer lugar, conocer de manera global las barreras actitudinales a las que se enfrentan las personas con discapacidad.
- En segundo lugar, conocer más de cerca las barreras actitudinales que resultan especialmente molestas a las personas con discapacidad.

##### **4.2. METODOLOGÍA**

Para la elaboración de este Trabajo Fin de Grado hemos decidido utilizar una metodología participativa donde, en nuestro caso, la persona con discapacidad no es un “objeto” de la investigación, sino que es un “sujeto” ya que forma parte del proceso y es la protagonista de la investigación. A continuación, hemos querido definir la metodología de estudio de caso, para el diseño y la presentación de los resultados.

La metodología participativa intenta abordar las diferentes realidades desde su especificidad histórica y contextual, y su objetivo principal es la resolución de un problema y la transformación de situaciones. Incorpora al grupo de estudio como un agente en el proceso de investigación, siendo éste el principal foco de recogida de información, de intervención y de evaluación. Permite recoger información desde diferentes dimensiones y registros, como puede ser documental, en nuestro caso a través de la entrevista, contextual, realizando un análisis del contexto en el que se encuentra nuestro sujeto de estudio, grupal, nosotros hemos acudido al grupo de discusión para recabar esta información, por último, clínica, documentándonos acerca de la enfermedad de nuestro sujeto de estudio (López et al., 1990). Por otra parte, la metodología de estudio de caso, tal y como afirma Hamel (1993) se caracteriza por el análisis de uno o más casos particulares y el examen a fondo del caso en cuestión.

Goode y Hatt (1976) afirman que la metodología de estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), sino una manera de organizar estos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia de vida del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. La conservación del carácter unitario del caso viene ayudada por la amplitud de los datos reunidos y los niveles de casos que se añaden, por el empleo de índices y tipologías y por el hincapié que se hace de la interacción dentro de una dimensión del tiempo.

Nuestra investigación está dividida en cuatro fases, que indicamos a continuación.

En primer lugar, para conocer el contexto se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes artículos, libros, revistas científicas, páginas web, y demás fuentes de información sobre el concepto de discapacidad y las actitudes de la sociedad hacia la discapacidad, haciendo especial énfasis en la discapacidad física. Durante esta primera fase incluimos también el marco institucional de la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla, lugar donde hemos realizado el prácticum de Pedagogía y donde hemos recabado la información necesaria para la realización del presente trabajo.

En segundo lugar, se ha realizado una recogida de información en la Fundación por la Acción Social Mar de Niebla, en la cual hemos llevado a cabo, en primer lugar, una entrevista a nuestro sujeto de estudio, y en segundo lugar hemos realizado un grupo de discusión.

La persona a la que se le realizó la entrevista es una chica de 24 años de edad a la cual vamos a llamar T. S., esta se encuentra en silla de ruedas debido a una enfermedad llamada sufrimiento fetal. Esta enfermedad, como señala Espinoza, (1973) “se acepta generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto” (p. 523). Esta enfermedad le ha afectado desde el día

de su nacimiento, y como relata en la entrevista y en uno los dos libros que ha logrado publicar, la sociedad no le ha facilitado nada su inclusión en la misma.

En cuanto al grupo de discusión, fue conformado por cinco personas, todas ellas pertenecientes a Mar de Niebla (MDN), ya sea como participantes de alguno de los proyectos llevados a cabo por la fundación o como trabajadores de esta. Todos los participantes del grupo de discusión tenían un denominador común, conocían a T. S. y habían tenido un contacto estrecho con ella. A través de este grupo de discusión pretendíamos conocer de primera mano cuál era la actitud de los individuos seleccionados hacia las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que convivían e interactuaban al menos 6 horas de la semana con T. S.

Tras la fase de recogida de información, pasamos a la fase de análisis de la situación, en la cual teniendo en cuenta la entrevista realizada a T. S. y los diferentes estudios ya existentes consultados, hemos podido llegar a la última fase. Esta será donde plasmemos las conclusiones de nuestro estudio, y donde daremos unas pautas de intervención desde los diferentes ámbitos, con el objetivo de prevenir, corregir y mejorar los comportamientos y actitudes que resultan molestos para las personas con discapacidad física.

### **4.3. RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

Para realizar esta fase nos hemos decantado por utilizar dos técnicas de recogida de información correspondientes a la investigación cualitativa como son la entrevista y el grupo de discusión.

En primer lugar, la entrevista tal y como afirma Canales (2006) es “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (p. 163).

Hemos decidido decantarnos por utilizar esta técnica dado que, como argumentan varios autores, es más eficaz que el cuestionario, ya que se obtiene una información más completa y profunda, además durante el proceso cabe la posibilidad de aclarar dudas, algo que asegura respuestas más útiles. Siguiendo las ideas de Díaz et al. (2013), existen tres tipos de entrevista según su planificación y que exponemos a continuación:

**Entrevistas estructuradas o enfocadas:** las preguntas se fijan de antemano, con un determinado orden y contiene un conjunto de categorías u opciones para que el sujeto elija. Se aplica en forma rígida a todos los sujetos del estudio. Tiene la ventaja de la sistematización, la cual facilita la clasificación y análisis, asimismo, presenta una alta objetividad y confiabilidad. Su desventaja es la falta de flexibilidad que conlleva la falta de adaptación al sujeto que se entrevista y una menor profundidad en el análisis.

**Entrevistas semiestructuradas:** presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

**Entrevistas no estructuradas:** son más informales, más flexibles y se planean de manera tal, que pueden adaptarse a los sujetos y a las condiciones. Los sujetos tienen la libertad de ir más allá de las preguntas y pueden desviarse del plan original. Su desventaja es que puede presentar lagunas de la información necesaria en la investigación. (p. 163)

Para llevar a cabo nuestra investigación hemos utilizado la entrevista semiestructurada, dado que la entrevista se preparó con anterioridad, primeramente, con la lectura de los libros de T. S., y en segundo lugar documentándonos acerca de su situación con la ayuda de la tutora de prácticas. Esto nos permitió elaborar una batería de preguntas relacionadas con el tema que nos interesaba. La intención era que T. S. se sintiese cómoda y que no tuviese la sensación de estar sometido a un interrogatorio, por lo que se le plantearon preguntas abiertas, y se le dio la oportunidad de que se extendiese todo lo que fuese necesario, algo que no costó mucho ya que el sujeto de estudio se prestó en todo momento a colaborar y a contar su experiencia vital.

En segundo lugar, hemos utilizado el grupo de discusión que, como define Ibáñez (1992), a quien se le considera el padre y promotor de la técnica, es:

un dispositivo analizador cuyo proceso de producción es la puesta de colisión de los diferentes discursos y cuyo producto es la puesta de manifiesto de los efectos de la colisión (discusión) en los discursos personales (convencimiento: convencido el que ha sido vencido por el grupo) y en los discursos grupales (consenso). (p. 58)

Hemos decidido optar por la aplicación de esta técnica dado que consideramos que es un método de investigación fiable, ya que se basa en la producción de discursos más espontáneos y que permite crear debates y llegar a conclusiones comunes. Consiste en reunir a un grupo de cinco a diez personas (cinco en nuestro caso) y, con la intervención de un moderador, exponer temas que susciten una discusión entre los participantes, en nuestro caso el tema principal fue las actitudes que tenían al tratar con una persona con discapacidad física. La gran variedad de discursos resultantes tras el grupo de discusión nos permitió recabar información fiable para el análisis e interpretación.

#### **4.4. RESULTADOS**

Tras realizar una larga investigación y documentación acerca de las actitudes que resultan molestas e incómodas a las personas con discapacidad física, en la que incluimos una entrevista a T. S. y un grupo de discusión, hemos podido rescatar los siguientes resultados.

En primer lugar, aquello que nuestro sujeto destaca por encima de cualquier otra actitud son los prejuicios. T. S. argumenta durante toda la entrevista que este tema es algo que de verdad le resulta irritante dado que, por su situación física, se encuentra a diario con gente que sin conocerla de absolutamente nada la etiquetan y la categorizan en una casilla en la que solo puede dar pena y esperar a que los demás hagan todo por ella ya que, debido a su discapacidad física, debe necesitar ayuda para realizar determinadas tareas, pero dice que debe ser ella quien solicite esta ayuda.

Una de las cosas que más destaca T. S. es la manera en la que la gente se dirige a ella, ya que normalmente le hablan con un tono condescendiente, como si les diese pena constantemente, y como ella bien dice es algo que detesta, ya que es una sensación incómoda y que le hace sentirse inútil ante la sociedad. Esta actitud hace que cada vez que conoce a alguien, se sienta infravalorada por el simple hecho de una mirada.

Por otra parte, T. S. argumenta que algo que le causa incomodidad es la sobreprotección que ejerce la sociedad hacia ella, en especial, evidentemente, su círculo más cercano. Es consciente de que sus padres quieren lo mejor para ella, pero a veces se exceden en la protección que le brindan, la tienen en una burbuja, y le molesta ya que sabe que si no fuese por su discapacidad no ejercerían tanta protección sobre ella.

Otra de las cuestiones que destaca T. S. durante la entrevista es la dificultad de inserción educativa, dado la incompetencia docente en muchos casos, y las escasas medidas adoptadas para la prevención del *bullying*. T. S. comenta que sufrió episodios de *bullying* durante su etapa de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), no solo de sus compañeros, sino también de parte de algunos profesores, estas conductas la llevaron a caer en una crisis emocional, hasta el punto de querer abandonar los estudios, dado que no se sentía a gusto yendo a clase, y pedir a sus padres que por favor no la mandasen a clase.

Como menciona Buysse et al. (1998), existen cuatro tipos de barreras de tipo actitudinal y estructural que hacen más difícil la inclusión educativa de las personas con discapacidad, entre las que se encuentran la deficiente capacitación docente para el manejo de niños con discapacidad. Por otra parte, en este mismo estudio se hace hincapié en la dificultad de acceso al transporte, algo a lo que T. S. hace referencia durante la entrevista, destaca la poca empatía de algunos conductores de transporte urbano, los cuales en ocasiones no son conscientes de que si no esperan cinco segundos más pueden ocasionar un daño peor. Por último, en el mismo estudio, y con relación a la incompetencia docente, van más allá, argumentan la poca preparación por parte de los docentes, pero también por parte de padres, especialistas y administradores en relación con las políticas y prácticas inclusivas.

A raíz del tema del *bullying*, nuestra entrevistada sostiene que se ha sentido apartada, ya que sus compañeros no querían acogerla en ninguno de sus grupos para la realización de trabajos de clase, los profesores tenían que hacer hincapié constantemente en que algún grupo debía acoger a T. S., algo que a ella le resultaba especialmente incómodo ya que sentía que iba a ser un lastre para cualquier grupo que la acogiese.

Ligado a esto, T. S. menciona que también a la hora de realizar trabajos o exámenes, algunos profesores, no tenían en cuenta sus necesidades visuales y no adaptaban los exámenes de manera que esta los pudiese realizar con normalidad, dentro de su condición. Estas carencias en el sistema educativo nos permiten reflexionar sobre nuestra labor como pedagogos en la formación del profesorado, madres y padres, alumnado, etc., para que se creen espacios más seguros para los compañeros y compañeras con cualquier tipo de discapacidad, incentivando su inclusión y el refuerzo de todas sus virtudes, viendo más allá de una condición que no depende de ellos.

Otro de los obstáculos con los que se ha encontrado nuestra entrevistada, son las barreras burocráticas. Sostiene que, cuando tenía 6 años sus padres la llevaban al Colegio Ángel de la Guarda de Gijón, institución educativa especializada en alumnado que está en silla de ruedas, pero T. S. comenta que no se sentía cómoda allí, ya que la mayoría de niños y niñas que allí acudían, aparte de tener una discapacidad física, tenían discapacidades intelectuales, y T. S. sabía perfectamente que ese no era un lugar donde ella podía desarrollar todas sus capacidades, ya que tenía unas necesidades distintas a los demás, por lo que pidió a sus padres que por favor la cambiaran a un colegio no específico, pero el equipo de orientación se opuso a ello, ya que argumentaban que los otros colegios no estaban adaptados para cubrir las necesidades de T. S. Pero tras meses de tira y afloja entre las dos partes, finalmente T. S. consiguió que la acomodasen en el C. P. Eduardo Martínez Torner. Desde nuestro punto de vista, es evidente que no se puede permitir que desde las propias instituciones se limite el potencial de las personas con discapacidad, dejando de atender a sus necesidades específicas y encasillándolas en grupos demasiado amplios y que en ocasiones suponen un claro obstáculo en el correcto desarrollo de estas personas.

En relación con la vida diaria, T. S. argumenta que constantemente se siente observada por la gente, y que ella evidentemente sabe que es por su condición de ir en silla de ruedas. Se queja de que, debido a la gran cantidad de barreras arquitectónicas con las que se encuentra a diario, incluso las actividades más cotidianas como ir a por el pan se convierten en una auténtica odisea.

T. S. hace alusión a que el hecho de que la encasillen dentro de términos discapacitada, persona con discapacidad, persona con diversidad funcional, o persona en silla de ruedas, sin mirar más allá de esa condición, son lo de menos, ya que como ella bien dice, es algo que no tiene importancia, que la terminología en ocasiones es utilizada por las personas para ser políticamente correctos, pero que al fin y al cabo lo realmente importante es dirigirse a las personas con discapacidad desde el respeto y brindarles un trato normal, como el que le darían a una persona sin discapacidad. Unido a esto, otra de las cosas que menciona nuestro caso, es el tema de los diminutivos, es decir, en su caso le molesta que la traten de “la nena en silla de ruedas” o “la pobrecita”, ella argumenta que es una mujer de 24 años que es totalmente autónoma y que se deben dirigir a ella como lo que es, sin necesidad de poner diminutivos tratando de ocultar una situación que como ella misma dice, es una realidad y es la que le ha tocado vivir.

Por último, a raíz de las notas extraídas del grupo de discusión pudimos poner de relieve la perspectiva que toman aquellas personas ajenas a la realidad de las personas con discapacidad física. Como manifestaron los participantes del grupo de discusión, antes de conocer a T. S. arrojaron sobre ella los mismos prejuicios de los que previamente ella se quejó: por ejemplo, entender que por tener una discapacidad iba a necesitar constantemente ayuda, llegando a percibirla como un posible “lastre” en su día a día en la asociación. Sin embargo, una vez llegaron a conocer a T. S. se dieron cuenta que era una chica que tenía metas en la vida, que quería salir adelante, que era capaz de hacer las cosas por sí misma, que necesitaba ayuda para hacer determinadas cosas, pero ni mucho menos dependía de nadie que se las hiciese. Además, comprendieron que el hecho de estar en silla de ruedas no le impedía llevar una vida social normal, que se relacionaba con todos y que hablaba de temas de actualidad como puede hablar cualquier otra persona. Por tanto, ellos mismo evidenciaron la falta de educación que existe sobre las personas con discapacidad física, no existe una educación de base en la que nos den las pautas necesarias y básicas para tratar a este colectivo acertadamente.

En definitiva, la entrevista con T. S. nos ha sido muy esclarecedora para entender que las barreras actitudinales son muy reales y tienen una incidencia enorme en la vida de las personas con discapacidad física, llegando a condicionar su correcto desarrollo educativo y su integración en la sociedad.

## 5. CONCLUSIONES

A lo largo de nuestro Trabajo Fin de Grado hemos tratado de hacer un repaso por las teorías más recientes acerca del condicionamiento que supone la discapacidad en la vida de las personas que la sufren en muy distintos grados para después poder realizar un estudio de caso por nuestra parte. A partir de todo ello hemos podido sacar una serie de conclusiones que exponemos a continuación.

En primer lugar, hemos podido comprobar que el concepto de discapacidad es un término complejo y cambiante, que ha ido evolucionando a lo largo de la historia y se ha considerado una manifestación de la diversidad humana, pudiendo suponer que su tratamiento seguirá cambiando a medida que avanzamos como sociedad. Por otra parte, se ha llegado a la conclusión de que no existe ningún término que defina las actitudes que discriminan a las personas con discapacidad, aunque nosotros podemos hablar de barreras actitudinales, haciendo referencia al hecho de que “paralicen” el correcto desarrollo de la vida de las personas con discapacidad.

También se puede concluir que no es correcto hablar de la discapacidad como una condición meramente médica, sino que esta siempre acompañada de otros factores sociales, culturales, religiosos, étnicos, económicos o educativos que inciden como aquella condición y que, por desgracia, actualmente tienden a agravarla. Es por todo ello por lo que es importante y necesario realizar campañas para fomentar la normalización e inclusión de las personas con discapacidad, dejando claro que son personas como cualquier otra, que no necesitan que se les trate o hable de manera diferente, y que simplemente tienen unas necesidades diferentes a los demás.

Entendemos que en el desarrollo pleno de las personas con discapacidad debe involucrarse toda la sociedad para avanzar de manera colectiva. Es por ello por lo que las personas con discapacidad deben contar con igualdad de oportunidades, para ello es necesario la creación y promoción de programas y servicios que presten atención a todos los ciudadanos para fomentar su inclusión social. Pues, como hemos podido comprobar, las barreras actitudinales hacia la discapacidad física vienen desde dos focos esenciales: la educación y las instituciones, ambas deben trabajar de manera conjunta para que la integración de las personas con discapacidad sea real y completamente normalizada en nuestra sociedad.

Debido a los prejuicios, las personas con discapacidad física encuentran dificultades para socializar con los demás, como mencionamos anteriormente en algunos estudios consultados como el de Millas y Calderón (2005), el acceso al mercado laboral es algo que suele costar mucho, dado que aparecen barreras actitudinales como pueden ser la discriminación positiva, nociva o sistemática. Este colectivo no se siente integrado en ningún momento por el resto de trabajadores. Las empresas tampoco hacen lo necesario para que esta situación cambie, ya que en este mismo estudio se argumenta la falta de formación por parte de las empresas hacia las

personas con discapacidad, y las infraestructuras inadecuadas, algo que como describe Buffart et al. (2009) supone para las personas con discapacidad física un obstáculo, dado que consideran que su situación puede empeorar si no existe una garantía de que el espacio al que van a acudir es seguro y está adaptado para ellos.

De manera general, las barreras actitudinales se materializan en la falta de educación básica sobre lo que significa ser una persona con discapacidad física y de qué manera debemos relacionarlos con ella, desde el respeto y la empatía sin caer en falsos prejuicios y actitudes de condescendencia. Además, estas barreras también se perciben en las medidas impulsadas por parte de las instituciones, la mayor parte erróneas o puestas en marcha desde una perspectiva paternalista y sesgada, sin tener en cuenta las recomendaciones de instituciones como la OMS, lo que se traduce en medidas fracasadas y en la frustración de las personas con discapacidad al no ver sus necesidades atendidas. De manera particular, T. S. puso de relieve cuestiones clave para entender hasta qué punto son necesarios los programas de atención a la discapacidad como es el alto porcentaje de personas con discapacidad que sufren *bullying* en su etapa escolar por una falta clara de educación inclusiva, sin perder de vista el acoso que muchas veces sufren por parte de las mismas instituciones al negarse a atender sus necesidades particulares.

En definitiva, consideramos que nuestro estudio de caso nos ha permitido poner de manifiesto la enorme distancia que separa la teoría de la práctica en cuestiones de atención a la discapacidad. Aunque teóricamente hayamos avanzado mucho como sociedad en la manera en la que percibimos a las personas con discapacidad, lo cierto es que en la realidad el sistema educativo y legislativo todavía necesita dar pasos muy importantes para que la integración de estas personas sea total en la sociedad, sociedad que necesita un cambio de perspectiva y poner en marcha un verdadero ejercicio de empatía.

Consideramos entonces que es necesario realizar una intervención en el ámbito de la discapacidad física con el objetivo de desarrollar su autonomía, mejorar la accesibilidad, eliminar las barreras arquitectónicas existentes, facilitar a este colectivo servicios y prestaciones generales y ayudas individuales, realizar acciones que permitan a la sociedad corregir las actitudes que resultan molestas a las personas con discapacidad física. Por último, creemos necesario diseñar un plan de actuación para situaciones referentes al *bullying*, ya que como hemos podido comprobar, hoy en día es todavía perceptible en las aulas educativas y es una conducta que debemos erradicar si pretendemos una educación óptima e inclusiva de todas las personas.

En definitiva, este Trabajo Fin de Grado nos ha permitido comprender hasta qué punto es esencial nuestra labor como pedagogos en el desarrollo de políticas y programas que permitan ayudar a las personas con discapacidad a tener una vida plena como integrantes de una sociedad que debe congratularse de ser rica en su diversidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Amate, A., (2006). Evolución del concepto de discapacidad. En A. Amate Armando y J. Vázquez, (Eds.), *Lo que todos debemos saber* (pp. 3-7). Organización Panamericana para la salud.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). (2011). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. 11ª edición. Alianza Editorial, Madrid, 348.
- Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126(12), (461-466).
- Badía, M., Orgaz, B. M., Verdugo, M. A., Ullán, A. M., & Martínez, M. M. (2011). Personal factors and perceived barriers to participation in leisure activities for young and adults with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2055-2063.
- Buffart, L. M., Westendorp, T., Van Den Berg-Emons, R. J., Stam, H. J., & Roebroek, M. E. (2009). Perceived barriers to and facilitators of physical activity in young adults with childhood-onset physical disabilities. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(11), 881-885.
- Buyse, B., Wesley, P., & Keyes, L. (1998). Implementing early childhood inclusion: barrier and support factors. *Early Child Res Q*(13), 169-184.
- Cáceres Rodríguez, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio*, 2(3), 74-77.
- Canales Cerón, M. (2006). *Metodologías de la investigación social*. LOM Ediciones.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). (2010). *Discapacidad física*. <https://www.gob.mx/conafe>
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Metodología de investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Espinoza, J. (1973). *Sufrimiento Fetal*. *Revista chilena de pediatría*, 44(6), 523-529
- Fernández, M. T. (2017). *La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [http://repositoriodcpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1578/Art\\_FernandezMT\\_Discapacidadmentalopsicosocial\\_2010.pdf?sequence=1](http://repositoriodcpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1578/Art_FernandezMT_Discapacidadmentalopsicosocial_2010.pdf?sequence=1)
- Fundación por la Acción Social Mar de Niebla. (21 de junio de 2021). Archivos internos. <https://mardeniebla.es/>

- Goode, W. J., & Hatt, P. K. (1976). *Métodos de investigación social* [trad. Ramón Palazón B]. Editorial Trillas.
- Hamel, R. E. (1993). Políticas y planificación del lenguaje: una introducción. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 13(29), 5-39.
- Ibáñez, J. (1992). *Más allá de la sociología* (2ª ed.). Siglo XXI.
- Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health Qual Life Outcomes*, 6(30), 1-11.
- López Górriz, I., González Ramírez, T., & Colás ravo, M. (1990). La metodología de investigación participativa en la exploración y el diagnóstico de necesidades. *Revista de Investigación Educativa*, (16), 277-280.
- Martín, C., & Muñoz, P. (2007). *Discapacidad y acceso a los espacios culturales. Más allá de las barreras arquitectónicas: La comunicación como Herramienta*. Recuperado de [http://www.mastergestioncultural.org/files/File/TESINAS/T07-0158% 20Martn% 20y% 20Perugorria,% 20Discapacidad% 20y% 20Acceso% 20a% 20la% 20Cultura. pdf](http://www.mastergestioncultural.org/files/File/TESINAS/T07-0158%20Martn%20y%20Perugorria,%20Discapacidad%20y%20Acceso%20a%20la%20Cultura.pdf).
- Martín, M. T., & Ripollés, M. S. A. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria*, 10(20). 64-69.
- Millas, V., & Calderón, B. (2005). Guía Práctica para la elaboración de un programa de integración laboral de personas con discapacidad. *Obtenido de [incluyeme.com: https://www.incluyeme.com/wp-content/uploads/2019/01/Guia-Practica-Empresas-Integracion-Laboral-Personas-Discapacidad.pdf](https://www.incluyeme.com/wp-content/uploads/2019/01/Guia-Practica-Empresas-Integracion-Laboral-Personas-Discapacidad.pdf)*.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención de los derechos de las personas con discapacidad*. New York.
- National Rehabilitation Information Center (NARIC). (24 de junio de 2021). *Discapacidad sensorial*. <https://www.naric.com/>
- Noreau, L., & Boschen, K. (2010). Intersection of participation and environmental factors: a complex interactive process. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(9), S44-S53.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud, A. M. (2002). *Régimen alimentario, actividad física y salud: informe de la Secretaría* (No. A55/16).

- Ospina Ramírez, M. A. (2010). *Discapacidad y sociedad democrática. Rev. Derecho del Estado*, 24, 143-164.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American journal of preventive medicine*, 26 (5), 419-425.
- Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161.
- Vaz Leal, F. J., & Cano Carrasco, Á. (2002). Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. En Fundación Europea de Yuste (Ed.), *I Congreso virtual de derecho y discapacidad en el nuevo milenio* (pp. 679-687). Fundación Europea de Yuste.
- Villa N. (2003) Situación laboral de las personas con discapacidad en España. *Revista Complutense de Educación*. 14(2), 1130-2496.