



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

**Educación inclusiva y grado de distancia social en los
estudiantes de Educación Primaria. Desarrollo de un
protocolo de evaluación**

Curso 2024-2025

Presentado por **Marta Gonzalo Hernández** para optar al Grado
de Educación Primaria por la Universidad de Valladolid

Tutelado por:

Jairo Rodríguez Medina

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	3
1.1.JUSTIFICACIÓN	3
1.2.OBJETIVOS	8
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.1. LA PERSPECTIVA DEL ALUMNADO EN EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD EDUCATIVA.	9
2.2. LA EDUCACIÓN INCLUSIVA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA.	10
2.3. LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA.	19
CAPÍTULO 3. MÉTODO	27
3.1.CONTEXTUALIZACIÓN	27
3.2. METODOLOGÍA.....	28
3.3. RESULTADOS	32
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS.....	56

RESUMEN

La presencia de trastornos de salud mental durante la infancia y su repercusión en la inclusión, y por tanto en la calidad de vida de los estudiantes en los diferentes contextos en los que se desenvuelven, conlleva a la necesidad de estudiar y analizar los principales factores involucrados, así como la perspectiva de los menores en este ámbito. En el presente trabajo, se ha empleado una metodología basada en un estudio descriptivo transversal exploratorio mixto, donde se estudia el grado de inclusión y distancia social presentes en una muestra de estudiantes de Educación Primaria (n=106), así como también las actitudes adoptadas por ellos hacia trastornos de elevada prevalencia como el Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y ansiedad. Se emplea un instrumento de evaluación que permite recoger y analizar los datos, obteniendo unas conclusiones finales.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, Educación Primaria, inclusión, distancia social.

ABSTRACT

The presence of mental health disorders during childhood and their impact on inclusion, and therefore on the quality of life of students in the various contexts in which they operate, underscores the need to study and analyze the main factors involved, as well as the perspective of minors in this area. In the present study, a methodology based on a mixed exploratory cross-sectional descriptive study was employed to examine the degree of inclusion and social distance present in a sample of primary school students (n=106), as well as the attitudes they adopt toward highly prevalent disorders such as Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and anxiety. An evaluation instrument was used to collect and analyze the data, leading to final conclusions.

Key words: mental health, mental disorders, Primary Education, inclusion, social distance.

INTRODUCCIÓN

El sistema educativo actual presenta una serie de desafíos que hacen preciso conocer la opinión del propio alumnado como miembro íntegro de esta organización, de modo que su perspectiva se convierte en un elemento fundamental para comprender y dar respuesta a las necesidades educativas presentes a lo largo de todo el proceso de escolarización.

De acuerdo con lo establecido en el currículo de la etapa de Educación Primaria, ésta tiene como finalidad la consecución de una serie de objetivos que garanticen el pleno desarrollo del alumnado desde los seis hasta los doce años. Surge así lo que se conoce actualmente como educación inclusiva, definida por Booth y Ainscow (2002) como un proceso que fortalece la capacidad del propio sistema educativo para atender a las necesidades de todos los alumnos, respetando la diversidad presente y erradicando cualquier discriminación dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se ofrece así una respuesta adaptada a las demandas de cada alumno, no sólo dentro del propio aula, sino que le proporciona las herramientas óptimas para afrontar cualquier situación en su vida diaria. En el presente trabajo, la perspectiva se orienta hacia el análisis de la dimensión emocional, social y el autoconcepto desarrollado en el alumnado de estas edades, con el objetivo de conocer y comprender el grado de inclusión presente en esta etapa, así como el nivel de distancia social, definido por Martín (2021) como la separación simbólica experimentada en relación con otros grupos sociales, que repercute en nuestra capacidad de relación e identificación con ellos. Esta distancia muchas veces no es percibida por los adultos responsables, y que supone un gran impacto en el desarrollo del propio alumno y de los compañeros con los que se relaciona.

Mientras que la integración educativa trata de transformar al alumno para adaptarse al sistema educativo ya existente, la educación inclusiva busca adaptar el currículo a las demandas de cada estudiante, siendo la educación especial un elemento fundamental que se complementa con la inclusión ya que ofrece los apoyos y recursos necesarios que favorecen un aprendizaje significativo para todos. La salud mental juega un papel fundamental en la infancia, por lo que ha de tenerse en cuenta en el análisis de cualquier aspecto educativo, especialmente los trastornos de mayor prevalencia como son

el Trastorno del Espectro Autista, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y la ansiedad. Dentro del ámbito educativo, la atención temprana resulta fundamental para garantizar el buen desarrollo emocional, social y de la autoestima y del autoconcepto de modo que cada estudiante logre su máximo desarrollo y se sienta partícipe del sistema educativo (Fernández y Santamaría, 2019).

El desarrollo del presente Trabajo de Fin de Grado comenzará con la justificación de su relevancia, junto a los objetivos y competencias perseguidos con su realización. Posteriormente, se presenta una fundamentación teórica que sustenta las bases sobre las que se edifica el estudio analítico realizado, seguido del método empleado para la evaluación y una descripción detallada de todo el proceso seguido, junto a las conclusiones obtenidas a partir de los resultados. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas que han servido como fuente para la obtención de información.

CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1.1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el informe elaborado por la Comisión Europea / EACEA / Eurydice (2023), “Promoting diversity and inclusion in school in Europe”, España destaca entre los países de Europa por el incremento en las medidas destinadas al apoyo educativo y el desarrollo socioemocional del alumnado, tratando de erradicar la discriminación y fomentando la educación inclusiva. Sin embargo, y de acuerdo con Eurostat (2022), España presenta un 26% de la población en exclusión social, lo que pone de manifiesto la necesidad del desarrollo de pruebas que evalúen y promuevan la inclusión tanto a nivel emocional como social, garantizando intervenciones apropiadas que permitan el desarrollo personal de todos los estudiantes.

Junto a la definición de inclusión establecida previamente, encontramos dos conceptos: equidad y justicia social, los cuales buscan destacar el potencial humano y no tanto sus déficits (Sheppard, 2021). Por otra parte, es imprescindible en edades tan tempranas tener en cuenta la salud mental, y cómo la inclusión puede influir determinantemente en ella, ya que cada vez son más frecuentes los trastornos de salud mental en menores, los cuales se manifiestan dentro del ámbito educativo e influyen en la correcta adaptación y aprovechamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje. La inclusión, por lo tanto, puede adquirir el papel de mecanismo protector a la hora de erradicar y disminuir problemas relacionados con la discriminación y la gran repercusión que tienen sobre el desarrollo en los diferentes ámbitos: emocional, social y de salud (Juvonen et al., 2019; Thomas y Griffin, 2023).

Considerar la perspectiva del alumnado en estos aspectos permite la identificación de las necesidades de inclusión, así como también la promoción de medidas y recursos que favorezcan su desarrollo integral. Una de las herramientas de evaluación más significativas en este ámbito es el Cuestionario de Percepciones de Inclusión (PIQ; Venetz et al., 2015) el cual permite la evaluación de diferentes dimensiones como la emocional, la social y el autoconcepto, ofreciendo datos significativos acerca de la percepción de los menores. También, permite orientar y estructurar la actividad de la

comunidad educativa, de modo que se garantice la puesta en práctica de una educación inclusiva accesible para todos. Por lo tanto, y de forma general, el PIQ permite el análisis de la percepción de los estudiantes en cuanto a la Inclusión Emocional, Inclusión Social y Autoconcepto Académico (Knickenberg et al., 2020), aspectos que son relevantes e influyentes en la salud mental de los menores. En el presente trabajo, se emplea dicho instrumento de evaluación para el análisis de estos aspectos en una muestra conformada por alumnos de un centro de Educación Primaria.

Finalmente, destacar la necesidad de abordar la educación inclusiva en esta etapa educativa, siempre desde una perspectiva integral que comprenda la dimensión emocional, social y cognitiva de los estudiantes, de modo que como resultado se obtenga una educación de calidad y equitativa para todos. El análisis y comprensión de la salud mental en la infancia y su elevado impacto en el ámbito escolar y, por tanto, en el desarrollo del alumnado, pone de manifiesto la importancia de un implemento del modelo de educación inclusiva.

El presente Trabajo de fin de Grado hace referencia a la Memoria de Plan de Estudios del Título de Grado en Maestro de Educación Primaria UVA, Versión 4, 23/03/2010. Igualmente, está vinculado con el desarrollo de una serie de competencias generales y específicas que se consideran fundamentales para la obtención del Título de Grado en Educación Primaria.

Competencias generales:

1. Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio –la Educación– que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio. Esta competencia se concretará en el conocimiento y comprensión para la aplicación práctica de:

- b. Características psicológicas, sociológicas y pedagógicas del alumnado en las distintas etapas y enseñanzas del sistema educativo.
- c. Objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación, y de un modo particular los que conforman el currículo de Educación Primaria.

e. Principales técnicas de enseñanza-aprendizaje.

2. Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio –la Educación-. Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:

- a. Ser capaz de reconocer, planificar, llevar a cabo y valorar buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje.
- c. Ser capaz de integrar la información y los conocimientos necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos.
- d. Ser capaz de coordinarse y cooperar con otras personas de diferentes áreas de estudio, a fin de crear una cultura de trabajo interdisciplinar partiendo de objetivos centrados en el aprendizaje.

3. Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética. Esta competencia se concretará en el desarrollo de habilidades que formen a la persona titulada para:

- a. Ser capaz de interpretar datos derivados de las observaciones en contextos educativos para juzgar su relevancia en una adecuada praxis educativa.
- c. Ser capaz de utilizar procedimientos eficaces de búsqueda de información, tanto en fuentes de información primarias como secundarias, incluyendo el uso de recursos informáticos para búsquedas en línea.

4. Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado. Esta competencia conlleva el desarrollo de:

- a. Habilidades de comunicación oral y escrita en el nivel C1 en Lengua Castellana, de acuerdo con el *Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas*.

d. Habilidades interpersonales, asociadas a la capacidad de relación con otras personas y de trabajo en grupo.

6. Desarrollo de un compromiso ético en su configuración como profesional, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos. El desarrollo de este compromiso se concretará en:

b. El conocimiento de la realidad intercultural y el desarrollo de actitudes de respeto, tolerancia y solidaridad hacia los diferentes grupos sociales y culturales.

e. El desarrollo de la capacidad de analizar críticamente y reflexionar sobre la necesidad de eliminar toda forma de discriminación, directa o indirecta, en particular la discriminación racial, la discriminación contra la mujer, la derivada de la orientación sexual o la causada por una discapacidad.

Documento UVa, Versión 4, 23/03/2010, pp. 27-29.

Competencias específicas:

A. Formación básica

Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad.

1. Conocer y comprender las características del alumnado de primaria, sus procesos de aprendizaje y el desarrollo de su personalidad, en contextos familiares sociales y escolares.
2. Conocer, valorar y reflexionar sobre los problemas y exigencias que plantea la heterogeneidad en las aulas, así como saber planificar prácticas, medidas, programas y acciones que faciliten la atención a la diversidad del alumnado.

Procesos y contextos educativos.

3. Conocer en profundidad los fundamentos y principios generales de la etapa de primaria, así como diseñar y evaluar diferentes proyectos e innovaciones, dominando estrategias metodológicas activas y utilizando diversidad de recursos.

4. Comprender y valorar las exigencias del conocimiento científico, identificando métodos y estrategias de investigación, diseñando procesos de investigación educativa y utilizando métodos adecuados.

Sociedad, familia y escuela.

6. Seleccionar y utilizar en las aulas las tecnologías de la información y la comunicación que contribuyan a los aprendizajes del alumnado, consiguiendo habilidades de comunicación a través de Internet y del trabajo colaborativo a través de espacios virtuales.

B. Didáctico disciplinar

Enseñanza y Aprendizaje de las Ciencias Sociales.

3. Utilizar el conocimiento científico para comprender la realidad social, desarrollando al mismo tiempo habilidades y actitudes que faciliten la exploración de hechos y fenómenos sociales, así como su posterior análisis.

C. Practicum y Trabajo de Fin de Grado

1. Conocer, participar y reflexionar sobre la vida práctica del aula, aprendiendo a colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa, relacionando teoría y práctica.

D. Optatividad

Educación Especial

7. Diseñar y colaborar con diferentes agentes en la planificación y desarrollo de respuestas educativas que atiendan las necesidades educativas de cada estudiante, teniendo en cuenta los fundamentos psiconeurológicos que afectan al aprendizaje y las relaciones humanas.

Documento UVa, Versión 4, 23/03/2010, pp. 30-45.

1.2. OBJETIVOS

En este apartado, se exponen cada uno de los objetivos que se pretenden conseguir y desarrollar mediante la realización del presente Trabajo de Fin de Grado, estableciendo una clara distinción entre objetivo general y objetivos específicos:

Objetivo general

- Analizar el grado de conocimiento sobre salud mental y la percepción de inclusión de estudiantes de Educación Primaria.

Objetivos específicos

- Analizar y extraer información concreta a partir de los resultados obtenidos mediante el instrumento de evaluación empleado.
- Profundizar en el grado de conocimiento del alumnado de estas edades sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA), la ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- Conocer el grado de deseo de distancia social/inclusión hacia el alumnado que padece estos trastornos.
- Identificar posibles patrones/razones por las cuales aumenta o disminuye la actitud de aceptación e inclusión en el alumnado.
- Conocer el grado de inclusión emocional, inclusión social y autoconcepto que presenta el alumnado de Educación Primaria.
- Reflexionar sobre la inclusión en las escuelas y aquellos factores que lo favorecen o perjudican.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. LA PERSPECTIVA DEL ALUMNADO EN EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD EDUCATIVA.

El interés dedicado a escuchar y valorar la opinión de los niños y las niñas, así como su perspectiva dentro del ámbito educativo, se ha incrementado en los últimos años, otorgándoles un protagonismo que subyace a una nueva visión adoptada sobre la infancia. El infante se define como un agente social con todos sus derechos, abandonando la idea de ser un sujeto pasivo dentro de la sociedad. De acuerdo con Dahlberg et al. (1999), los niños son concebidos como individuos competentes, valiosos, capaces, conocedores de sus experiencias propias y portadores de saberes e intereses que representan su forma de interpretar el medio que los rodea.

Por ello, la infancia es considerada digna de estudio y no sólo se ha de tener en cuenta la opinión de los adultos si se quiere obtener un estudio mucho más preciso y verídico sobre la realidad educativa. La Convención de los Derechos de la Infancia de Naciones Unidas (1989), respalda el derecho de la infancia de poder participar y expresar su punto de vista en relación con aquellos sucesos que condicionan su vida. Se plantea así la implicación de los niños como una estrategia metodológica que ha de ser implementada (Gallagher, 2008), ya que permite la obtención de una visión mucho más completa y auténtica de los procesos de aprendizaje y del desarrollo personal y social del alumnado.

Fullan (2020) plantea que los estudiantes no solo son receptores de la educación, sino también participantes clave cuyo involucramiento puede mejorar la calidad y relevancia de las reformas educativas. Por ello, prescindir de su voz conlleva a la pérdida de una fuente directa de información que muchas veces manifiesta las principales fortalezas y debilidades asignadas al sistema educativo, y las cuales no siempre resultan evidentes. Esto adquiere especial relevancia en las primeras etapas escolares, ya que no sólo se mejora la calidad educativa, sino que se refuerzan los principios de equidad, inclusión y participación, los cuales constituyen las bases que sustentan el sistema educativo y, por lo tanto, el pleno desarrollo del alumnado.

2.2. LA EDUCACIÓN INCLUSIVA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

2.2.1. Características de esta etapa de acuerdo con el currículo.

A través del Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. Del mismo modo, junto con lo comprendido en el DECRETO 38/2022, de 29 de septiembre, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León (Consejería de Educación de Castilla y León, 2022), esta etapa educativa tiene como finalidad el desarrollo pleno del alumnado en el ámbito de la expresión y comprensión oral y escrita y las habilidades lógicas y matemáticas, así como la adquisición de conocimientos relacionados con la cultura y actitudes de respeto y tolerancia que faciliten la convivencia.

Se propiciarán las estrategias necesarias para el desarrollo de las habilidades emocionales y afectivas del alumnado y su personalidad, siempre desde el respeto a la diversidad y el compañerismo. Se caracteriza por su carácter global e integrador y por sustentar su organización y metodología en el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA). A su vez, esta etapa educativa persigue una serie de principios generales que sustentan el proceso de enseñanza-aprendizaje (p. 48322):

- Igualdad de oportunidades en el acceso y elección del centro educativo.
- Cooperación con administraciones públicas e instituciones.
- Los centros de Educación Primaria como espacios de aprendizaje, socialización, intercambio y encuentro entre el alumnado, las familias y los profesionales.
- La Educación Primaria como un proceso continuo, global, evolutivo y participativo que favorecerá el pleno desarrollo del alumnado.
- Atención individualizada, centrada en la detección y la atención temprana de cualquier necesidad educativa.
- Coordinación entre las diferentes etapas educativas favoreciendo la transición y continuidad entre las mismas.

La etapa de Educación Primaria favorecerá la atención y el respeto a las diferencias individuales, la respuesta ante las dificultades de aprendizaje detectadas y el

desarrollo de la autoestima y autonomía en el alumnado. También, pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo una actuación preventiva y compensatoria de las desigualdades, la implicación de las familias y el fomento del bienestar psicofísico, emocional y social del alumnado, siempre desde el disfrute y la conciencia de sus necesidades e intereses (p.48326).

La atención individualizada mencionada en el Capítulo V, artículo 24, habla sobre las diferencias individuales como la capacidad, ritmo de aprendizaje, contexto social y cultural, habilidades lingüísticas, salud o motivación, entre otros. Todos ellos constituyen una realidad educativa diversa que debe adecuarse a las características y necesidades del alumnado, favoreciendo una educación inclusiva y de calidad (p. 48337).

También, en el artículo 25 se define al Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo (ANEAE) como aquel que precisa de una atención educativa distinta a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por retraso madurativo, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento de la lengua, por encontrarse en una situación de vulnerabilidad socioeducativa, por presentar altas capacidades intelectuales, por incorporación tardía al sistema educativo o por condiciones personales (p.48338).

Para dar respuesta a la diversidad presente en esta etapa educativa, la acción educativa se sustenta en los principios del Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) mencionado anteriormente, el cual establece que todo el proceso de enseñanza-aprendizaje atiende a las diferencias individuales mediante situaciones de aprendizaje diseñadas para todo el alumnado, a través de procesos pedagógicos accesibles y flexibles que se adaptan a sus necesidades y ritmos de aprendizaje, garantizando de este modo la igualdad de oportunidades y la inclusión educativa (p. 48382).

De acuerdo con Alba et al. (2014), el DUA favorece la educación inclusiva y la atención a la diversidad presente en el aula mediante la ruptura de la dicotomía entre alumnado con discapacidad y sin discapacidad y el desplazamiento del foco de la discapacidad desde el alumno a los materiales y a los medios. Los tres principios sobre los que se sustentan son: proporcionar múltiples formas de implicación, proporcionar múltiples formas de representación y proporcionar múltiples formas de acción y expresión.

Esta etapa educativa favorece el desarrollo de las habilidades emocionales y afectivas del alumnado, incluyendo sus relaciones con los demás y fomentando los hábitos de respeto, tolerancia y empatía, adoptando una actitud opuesta a la violencia y erradicando cualquier tipo de prejuicio y actitud discriminatoria (p.48388).

2.2.2. Educación inclusiva. Inclusión emocional, inclusión social y autoconcepto.

2.2.2.1. Aproximación conceptual de la Educación Inclusiva. Diferencias entre integración e inclusión educativas.

Resulta complejo establecer una definición clara sobre qué es la educación inclusiva, ya que los autores que han tratado de describirlo lo han hecho desde puntos de vista alternativos. Para una mayor comprensión del término de educación inclusiva, es necesario conocer la evolución del concepto de integración hacia el de inclusión y sus principales diferencias respecto al ámbito educativo (Oliver, 1996, citado en Barrio, 2009). En la Tabla 1 se recogen los aspectos que diferencian ambas según Oliver (1996).

Tabla 1

Aspectos Diferenciales entre Integración e Inclusión (Oliver, 1996)

Integración	Inclusión
Estado: lo que importa es dónde reciben los niños la educación.	Proceso: lo que importa es el cambio de las escuelas, el currículum, etc. Para favorecer el aprendizaje y la participación.
No problemático.	Problemático y cuestionado.
Supone una cuestión de extender las habilidades de los profesionales hacia la práctica.	Supone una cuestión de adquirir compromiso por parte de los profesionales a la hora de desarrollar servicios accesibles.
Aceptación y tolerancia de los niños con discapacidad como una tragedia personal y anormalidad.	Aceptación de todo el alumnado valorando sus diferencias.
Puede ser propiciada, es conducida por profesionales.	Supone conflictos, se consigue con la negociación.

Barrio (2009) plantea que la integración se fundamenta en la normalización de la vida del alumnado con necesidades educativas especiales y que, para ello, se precisa de una adaptación curricular como medida de superación de las diferencias individuales. Se

trata de un proceso en el cual el individuo debe adaptarse al sistema con el fin de integrarse a él. Por otra parte, para este autor la inclusión es un derecho humano, y lo plantea como una organización capaz de atender a la diversidad, presentando un currículo común para todos que sea entendido como la posibilidad de cada alumno de aprender de diferente manera, y no diferentes cosas. Como establece Jiménez (2010), la integración hace referencia a una manera de entender la diferencia, mientras que la inclusión constituye una manera de entender la igualdad.

Canales et al. (2018) defienden que las instituciones educativas tienen como objetivo, dentro del propio currículum, la integración del alumnado con necesidades educativas especiales, estableciendo cambios progresivos en los planteamientos educativos. La inclusión no se limita únicamente al ámbito educativo, sino que se relaciona con el pensamiento y un funcionamiento de la sociedad (Parrilla, 2002).

Ainscow (1995) plantea una serie de elementos que definen la inclusión educativa:

- La inclusión como proceso. Es un camino que la escuela emprende y que tiene como finalidad lograr que sus miembros se sientan partícipes de la misma.
- La participación. Implica el derecho del alumnado a pertenecer y participar en el centro a través de una organización y un currículo que lo favorezcan.
- Los grupos o individuos con riesgo de exclusión. La inclusión presta especial atención a los grupos sociales en peligro de exclusión, incluyendo al alumnado con necesidades educativas especiales, pero sin limitarse únicamente a ellos.
- La modificación de culturas. La inclusión se logra de forma progresiva, lo que implica cambios culturales, como la forma de comprender la diversidad.
- Las relaciones entre escuela y sociedad. Garantizan el carácter inclusivo de la educación, ya que ambas han de adaptarse a las características del entorno.

Barrio (2009) establece que es fundamental partir de los conocimientos previos, considerar las diferencias como oportunidades de aprendizaje, evaluar las barreras que dificultan la participación, la utilización de recursos para el apoyo del aprendizaje y la creación de condiciones óptimas que animen a participar sin miedo al error, de modo que se creen contextos y se lleven a cabo prácticas educativas inclusivas. El interés hacia la inclusión educativa nace de la producción de una práctica que tiene como objetivo integrar individuos con capacidades diversas. Esto supone un desafío que traerá consigo

el fomento de la convivencia escolar, la inteligencia emocional y el cultivo de un pensamiento plural (Martínez, 2021).

Inclusión emocional

Según Piaget (1989), la etapa de Educación Primaria se corresponde con el periodo de operaciones concretas y en él, el alumnado conforma su personalidad y la manera de interpretar las diferentes experiencias y sucesos que viven en el día a día.

Darder y Bach (2006) establecen que las emociones son un conjunto de relaciones y respuestas corporales, cognitivas y conductuales aplicadas frente a lo sucedido o a lo imaginado. Durante este periodo, no sólo se lleva a cabo un desarrollo cognitivo significativo, sino que surge otro factor esencial que determina la formación de la personalidad y la correcta evolución del individuo, el desarrollo emocional. Según Herrera et al. (2004), sigue un ritmo paulatino y progresivo, y se caracteriza porque el alumnado comienza a adquirir una actitud positiva sobre sí mismo y evoluciona favorablemente en el control de sus emociones, superando aquello que le genera una mayor inseguridad.

Estrechamente vinculado al desarrollo de las emociones, encontramos el término de inteligencia emocional, que Vargas (2019), define como la habilidad de identificar y percibir las emociones, aplicando racionalmente estas de manera positiva, comprendiéndolas y controlándolas. En términos de inclusión, Corzo (2018) establece que la inteligencia emocional está estrechamente relacionada con la misma, y que, por lo tanto, la educación de las emociones es imprescindible para lograr el desarrollo personal y disminuir la violencia.

A través del desarrollo emocional el alumnado adquiere habilidades sociales y emocionales, independientemente de sus características, lo que facilitará su adaptación y aprendizaje a la vez que se fomenta el autoconocimiento y el respeto por la diversidad presente en el entorno. Molero et al. (2020) plantean que la educación es un reflejo directo en los ambientes sociales, por lo que resulta imprescindible el trabajo en el aula de las capacidades de regulación y facilitación emocional.

Dentro del concepto de escuela inclusiva, la educación en el ámbito emocional hace referencia a la respuesta dada a las necesidades del alumnado, desde la prevención afectiva y el desarrollo de las competencias socioemocionales. Se trata de desarrollar en

cada individuo las competencias sociales y emocionales que garantizarán un buen clima escolar y la inclusión de cada uno de sus integrantes (Bisquerra, 2012).

Teniendo en cuenta las aportaciones de estos autores, cabe destacar la gran importancia del componente emocional especialmente en las primeras etapas educativas, en las cuales el objetivo es la educación de un alumnado responsable, comprometido con sus propias metas y preocupado por la construcción de relaciones positivas con los demás que permitan la convivencia y la valoración de la diversidad (Ortega & Montero, 2018).

Inclusión social

De nuevo, se pone de manifiesto la relación entre el componente emocional y el ámbito social, debido a que el desarrollo del primero influye plenamente en el segundo, condicionando la evolución del individuo. Resulta fundamental educar, especialmente en la etapa de Infantil y Primaria, para el desarrollo de competencias socioemocionales que permitan la disminución hasta su extinción de la discriminación presente entre los diferentes grupos sociales. De acuerdo con Parra y Galvis (2018), la inclusión supone la aceptación del otro, y para ello, es necesario desmontar aquellos prejuicios establecidos por la sociedad y la cultura, los cuales inevitablemente se reflejan en las aulas.

Rodríguez et al. (2022) añaden que es preciso educar al propio contexto social, ya que la sociedad y la cultura establecen reglas y patrones sobre aquello que es considerado lo “normal”, viendo la diversidad como algo fuera de lo común. Las instituciones educativas tratan de ofrecer a cada individuo las oportunidades correspondientes que respondan a sus necesidades específicas, convirtiéndose así la escuela en un contexto de formación social que tiene en cuenta a las personas con capacidades diversas.

Lozano et al. (2018) plantean que, en el ámbito educativo, las estrategias empleadas deben caracterizarse por la creatividad y pluralidad dentro de los marcos curriculares y los diferentes estilos de aprendizaje, buscando el desarrollo de una educación basada en los principios de interacción, cooperación, convivencia, rendimiento y motivación dentro de la educación Infantil y Primaria.

La educación inclusiva favorece la inclusión social, debido a que genera en el alumnado conciencia social y habilidades interpersonales que le permiten interactuar con el resto de forma positiva, incluso en las ocasiones en las que existan diferencias sociales y personales (Rodríguez et. al, 2022).

Por lo tanto, toda acción pedagógica dirigida a la consecución de un desarrollo socioemocional inclusivo tiene como objetivo principal garantizar que el alumnado disponga de condiciones favorables en sus relaciones y en el entorno social, siendo imprescindible especialmente en aquellos contextos carentes de dichas oportunidades y en los que existen barreras excluyentes (Bisquerra, 2016).

Autoconcepto

Estrechamente relacionado con la inclusión, se encuentra el término de autoconcepto. Epstein (1974), lo planteó como una serie de conceptos organizados jerárquicamente y el cual se ve condicionado, especialmente en los primeros años, por cómo el individuo se desenvuelve y adapta al entorno que le rodea, incluyendo la calidad de sus interacciones. Por otra parte, Burns (1990) establece que el autoconcepto es un sistema organizado de actitudes que el individuo posee sobre sí mismo, dentro del cual se pueden identificar los siguientes elementos: un componente cognoscitivo (autoimagen), un componente afectivo/evaluativo (autoestima) y finalmente, un componente comportamental o tendencia conductual (motivación).

El autoconcepto definido según el Modelo de Shavelson (1976, citado en Cazalla y Molero, 2013), se caracteriza por ser organizado y estructurado, multifacético, jerárquico, estable, experimental, valorativo y diferenciable. Según añade Sureda (2001), cada uno de estos elementos se encuentran relacionados con un correcto uso de las habilidades sociopersonales, debido a que favorecen la percepción que cada individuo tiene sobre sí mismo. Destaca que, en el caso del alumnado con dificultades de aprendizaje, no sólo presentan barreras en lo académico, sino también en la construcción del autoconcepto debido a sus limitaciones en la percepción e interacción social.

La importancia de la orientación de la acción educativa hacia un buen desarrollo social y emocional, y, por lo tanto, la formación de un buen autoconcepto radica en que permite la disminución de conductas agresivas y discriminatorias, favoreciendo las relaciones sociales y la aceptación de la diversidad (Garaigordibil y Durá, 2006, citado en Cazalla y Molero, 2013). La educación inclusiva permite además la consolidación de la personalidad del alumnado a lo largo de las diferentes etapas educativas, especialmente la Educación Primaria, ya que favorece el correcto funcionamiento en los diferentes ámbitos de la vida de la persona, por lo que ha de ser un objetivo que lograr a lo largo de toda la escolarización (Esnaola et. al, 2008).

2.2.3. La educación especial y su relación con la educación inclusiva.

En concordancia con lo planteado anteriormente por los diferentes autores, el modelo de escuela inclusiva trata de abordar la diversidad y orientar la forma en la que estructuran y organizan las escuelas. Es competencia de las instituciones educativas garantizar la atención de todos y cada uno de los alumnos, teniendo en cuenta sus características y peculiaridades, y generando espacios de convivencia que respeten las diferencias y potencien las habilidades y capacidades de cada alumno (Casanova, 2011).

2.2.3.1. Conceptualización de la educación especial.

Entre las numerosas ventajas del enfoque inclusivo que conocemos actualmente, se encuentra que permite el manejo adecuado de las necesidades educativas especiales presentes en el aula, tratando de favorecer el desarrollo de una buena autoestima y las competencias emocionales de los estudiantes (Mitchell, 2008). Ambos conceptos están estrechamente relacionados, sin embargo, el término relativo a la educación de las personas con discapacidad ha ido evolucionando a lo largo de las décadas, existiendo inicialmente una completa exclusión, la cual se transformó en la educación especial junto a la integración, y finalmente la educación inclusiva actual basada en la atención a las diferencias individuales (Parra, 2010).

Dópido (2010) establece que el concepto de educación especial tiene su origen a principios del siglo XX, cuando la enseñanza elemental adquirió un carácter obligatorio para todos los niños y niñas. Tras ello, se observó un elevado número de estudiantes con dificultades de aprendizaje que les impedían seguir el ritmo del resto, y como consecuencia, el fracaso de la educación general a la hora de atender sus necesidades. Esto conlleva al surgimiento de la educación especial como un subsistema educativo alternativo que permite la clasificación del alumnado de acuerdo con sus características.

Por lo tanto, el término “educación especial” tiene su origen en esos años, concretamente en el informe Warnock (1978 citado en Torralbo, 2009), donde se definen las necesidades educativas especiales como aquellas que precisan de medios específicos de acceso al currículo, instalaciones, equipamiento, adaptación del entorno o recursos y técnicas de enseñanza especiales. También, la presencia de un currículo especial con las modificaciones pertinentes y el especial cuidado del entorno emocional y contexto social

donde se desarrolla la acción educativa, encaminando el problema hacia el contexto y no tanto hacia el alumno (Bravo y Plaza, 2013).

Como conclusión, y de acuerdo con lo establecido por Echeita (2006), el informe Warnock puso de relieve numerosos aspectos clave para la educación de las personas con discapacidad, destacando la necesidad de atención temprana, el fomento de la política de integración escolar y el papel de los centros de educación especial en este proceso.

2.2.3.2. La educación inclusiva y su relación con la educación especial.

Siguiendo con la evolución del concepto de educación especial, Ortiz (2023) declara que la década de los 90 se caracterizó por la filosofía integradora y la lucha por una escuela inclusiva accesible para todos, destacando especialmente lo mencionado en la Declaración de Salamanca (1994), donde se estableció que las escuelas basadas en una educación inclusiva resultan eficaces a la hora de erradicar las actitudes discriminatorias, favoreciendo la construcción de una sociedad inclusiva que acoge a cada miembro, proporcionando una educación efectiva para todos (Unesco, 1994).

Previamente, Stainback (1992) establece que las escuelas inclusivas tratan de crear una comunidad escolar de apoyo que fomente la implicación y participación, dejando a un lado la segregación por categorías y las posibles distinciones. De este modo, los apoyos no quedan organizados en aulas especiales, sino que el profesorado, junto con el resto de los miembros del sistema educativo, organizarán y diseñarán actividades y dinámicas que favorezcan la atención a las diferencias individuales, a la vez que el currículum será adaptado a las necesidades de cada alumno.

Actualmente, podemos hablar de escuelas inclusivas, las cuales encuentran entre sus principios la atención a la diversidad, de modo que estructuran el proceso de enseñanza-aprendizaje en función de la heterogeneidad del grupo clase, ofreciendo a cada alumno la oportunidad de acceder a la educación sin discriminación alguna. Se habla, por tanto, de una educación para todos que se adapta a todas las necesidades educativas especiales. Queda así desgranado el concepto clásico de educación especial, ampliándose y basándose en apoyos y adaptaciones imprescindibles para garantizar la inclusión del alumnado dentro del sistema educativo (Ortiz, 2023).

2.3. LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA.

2.3.1. Introducción al concepto de salud.

La salud hace referencia a un término dinámico y de carácter multidimensional que ha evolucionado a lo largo de los años. Inicialmente, el concepto se limitaba a la ausencia de enfermedad, ya que el modelo predominante en los siglos XIX y XX era el biomédico. Posteriormente, surge una de las definiciones más relevantes e influyentes en la actualidad, la aportada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1946, y recogida en la Constitución, que establece el término de salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1946, p. 1). La importancia de esta definición radica en el cambio que supuso en la concepción de este término, aportando una visión de este que incorporaba aspectos del ámbito emocional, social y psicológico.

Posteriormente, Álvarez (2007, citado en Marcel, 2016) pone de manifiesto que la definición de salud aportada por la OMS se sustenta sobre tres bases, la dimensión física, mental y social. Añade que se ha de tener en cuenta en su totalidad al ser humano, surgiendo así el concepto de salud holística, el cual integra de manera interdependiente el ámbito físico, mental, emocional, social y espiritual, a la vez que los relaciona con el ser humano que es comprendido como un organismo completo en constante interacción con el mundo.

Por otra parte, El Ministerio de Sanidad (2022) desarrolla el concepto de salud pública, estableciendo que es el conjunto de acciones desarrolladas por las Administraciones Públicas y la sociedad con el objetivo de prevenir enfermedades, proteger y promover la salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales se trata de dar respuesta a los problemas de salud principales en la población, ya sea por su elevada frecuencia o su impacto significativo.

2.3.2. La salud mental en la infancia.

Dentro del ámbito de la salud pública, diferentes entidades internacionales, destacando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003, citado en Campodónico, 2022), establecen como prioritaria la salud mental en la infancia y la adolescencia. La

razón principal es que los trastornos psicológicos desarrollados durante esta etapa tienen una muy alta prevalencia, afectando también a las familias de los menores y a la sociedad.

Dentro del ámbito de la salud mental, destacan las aportaciones realizadas por Unicef (2021), que establece que esta no es un trastorno, ni tampoco la ausencia del mismo, sino que es positiva e implica un estado de salud. Además, añade que se trata de un “estado dinámico de equilibrio interno” (Unicef, 2021, p.30), abordando aspectos del bienestar emocional, social y activo. La salud mental está asociada a la capacidad del ser humano de pensar, sentir, aprender y establecer relaciones significativas, constituyendo un derecho básico para poder alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y formando parte indispensable del desarrollo individual y la construcción de sociedades sanas (Unicef, 2021).

Por otra parte, es importante destacar que la salud mental forma parte de un continuo, en el cual cada individuo es candidato para experimentar diferentes periodos de bienestar o de angustia, pudiendo coexistir la salud mental positiva y los problemas de salud mental (Unicef, 2021).

En la actualidad, pese a que cada vez son más frecuentes las enfermedades de la salud mental durante la infancia y la adolescencia, ésta continúa siendo un concepto secundario para las familias y los líderes encargados de la toma de decisiones, teniendo como consecuencia en los menores una sensación de soledad, frustración, incomprensión y estigmas (Unicef, 2021, p. 29), acompañada de impedimento a la hora de pedir ayuda y dificultades en su desarrollo.

Esta realidad afecta directamente a la calidad de las interacciones de los individuos, perturbando su integración dentro del grupo de iguales y afectando de manera significativa a su desarrollo. Por ello, los entornos de aprendizaje juegan un papel fundamental en la vida del niño, ya que a través de ellos se establecen intervenciones significativas, aceptadas culturalmente, que fomentan y protegen la salud mental a la vez que garantizan la inclusión (Unicef, 2021).

Cada persona se encuentra dentro de un continuo de salud mental, por lo que la presencia de una discapacidad psicosocial o una enfermedad mental no deberían ser un obstáculo en su calidad de vida, siempre que se disponga de las oportunidades e intervenciones óptimas, y se consiga erradicar el estigma mediante el apoyo hacia los

menores y sus cuidadores para fomentar una salud mental positiva, reconocer los signos de alerta propios y ajenos y la búsqueda de ayuda (Unicef, 2021). Como medidas preventivas de las alteraciones en la salud mental y favorecedoras de la inclusión y la toma de decisiones, Unicef plantea: apoyar a familias, progenitores y cuidadores, apoyo a la salud mental por parte de las escuelas, refuerzo de los sistemas y los profesionales para dar respuesta a la complejidad de los problemas y un incremento de la calidad de las investigaciones.

Finalmente, para Lázaro (2023) la salud mental en la infancia y la adolescencia está influenciada por las estrategias políticas encaminadas hacia el bienestar emocional, así como también la detección temprana de los trastornos y la disponibilidad de recursos comunitarios integrados por profesionales. Destaca la relevancia de la aprobación de la Estrategia de Salud Mental (2022-2026) por parte del Ministerio de Sanidad en el tratamiento de la salud mental y establece que esta es una responsabilidad compartida entre la coordinación los servicios sociales, la educación y la justicia, con el fin de abordar los trastornos mentales infantiles con éxito.

2.3.3. Trastornos de salud mental en la infancia.

Resulta preciso establecer una distinción entre el término “enfermedad” y el concepto de “trastorno”, ya que en ocasiones se asocian de manera indiferente. Una enfermedad hace referencia a una serie de síntomas y cambios que son reconocibles en el propio cuerpo, así como también puede darse por una causa biológica conocida. Por su parte, un trastorno es un síndrome clínicamente significativo caracterizado por el deterioro de una o más áreas de funcionamiento, suponiendo una alteración en el estado de salud como consecuencia, o no, de una enfermedad (Belloch et al., 2008).

Algunos de los datos más impactantes recogidos por Unicef en sus estudios revelan que más del 13% de los niños de entre 10 y 19 años padecen un trastorno mental y que alrededor de un 40% de estos trastornos se corresponden con la ansiedad y la depresión, seguidos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, discapacidad intelectual, autismo o esquizofrenia. Por otra parte, se pone de manifiesto el elevado número de niños y jóvenes que no llegan a presentar un trastorno, pero sí un malestar psicosocial que perturba su calidad de vida (Unicef, 2021).

A continuación, se exponen tres de los trastornos con mayor prevalencia en la infancia, y los cuales han servido de referencia para el estudio analítico llevado a cabo en el presente trabajo: el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y la ansiedad.

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El término “autismo” fue propuesto por primera vez en el año 1913 por Bleuler, quien lo definió como la presencia de síntomas de esquizofrenia en las personas adultas. Más tarde, a partir de 1943, tuvo lugar una aportación significativa respecto al autismo infantil, destacando Kanner con el estudio de once casos de niños en los cuales describe como un síndrome comportamental el autismo infantil (Balbuena, 2007, citado en Rodríguez 2019), y establece que los individuos presentan un habla anormal y comportamientos repetitivos (Wolff, 2004). Posteriormente, Asperger (1944) publica un estudio analítico de cuatro casos clínicos, en el cual establece que los niños con autismo infantil tienen buena capacidad en el ámbito científico, presentando un uso peculiar del lenguaje y dificultades en el desarrollo afectivo y social (Wolff, 2004). El término “Espectro Autista” surge en el año 1979 por Wing y Gould, quienes lo asocian con las múltiples etiologías y grados en los que pueden presentarse las características autistas. En la Tabla 2 se muestra la evolución de la clasificación diagnóstica del concepto dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Tabla 2

Evolución de la Clasificación Diagnóstica del TEA

Edición	Categoría
DSM-I	Esquizofrenia infantil.
DSM-II	Esquizofrenia de inicio en la infancia.
DSM-III	Trastorno autista-Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).
DSM-IV	TGD (Trastorno autista, Asperger, Rett).
DSM-5	Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Actualmente, en el DSM-5 se encuentra comprendido dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo y se caracteriza por los siguientes aspectos (DSM-5, APA, 2013, p. 50):

- Problemas en la comunicación e interacción social basados en respuestas inadecuadas, dificultades en la interpretación de señales no verbales y el establecimiento de amistades.
- Comportamientos, intereses y actividades repetitivas, elevada dependencia de rutinas, obsesión por determinados objetos y baja tolerancia a los cambios.

Como criterios adicionales de este trastorno, los síntomas deben aparecer en las primeras fases del desarrollo y causar un deterioro significativo en las diferentes áreas de funcionamiento. No se justifica mejor por la presencia de discapacidad intelectual. Además, el DSM-5 clasifica el Trastorno del Espectro Autista en tres niveles de gravedad: grado 1 “necesita ayuda”, grado 2 “necesita ayuda notable” y grado 3 “necesita ayuda muy notable” (DSM-5, APA, 2013, p. 52), poniendo de manifiesto la gran variabilidad de este trastorno en cada individuo.

Este trastorno se encuentra entre las cinco causas principales de consulta infantil psiquiátrica, siendo más predominante en hombres que en mujeres. Además, las diferentes variaciones genéticas interactúan con elementos del ambiente, obteniendo como resultado fenotipos específicos (Reynoso et al., 2017). Uno de cada 160 menores está diagnosticado dentro del Trastorno del Espectro Autista, el cual se inicia en la infancia y perdura durante la juventud y la etapa adulta (OMS, 2020).

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

La definición de este término ha evolucionado a lo largo de los años, y se origina con Still (1902) y Tredgold (1908), quienes acuñaron por primera vez el concepto de hiperactividad, definiendo a los niños como inquietos, revoltosos, destructivos, con dificultades para fijar la atención, fracaso escolar y ausencia de déficit intelectual, entre otros. También, establecieron que compartían determinados rasgos físicos como paladar defectuoso y alteraciones neurológicas leves, determinando que todos estos comportamientos eran resultado de anomalías pre o perinatales que afectaban al cerebro. (Sandberg 1996 y Taylor, 1986, citado en Arias, 2012). Más tarde, Strauss y Lehtinen nombraron al trastorno como “Lesión Cerebral Mínima”, y en el año 1966, Clements lo transformó a “disfunción cerebral mínima” estableciendo el TDAH como un trastorno de conducta y aprendizaje resultado de dicha disfunción (Sandberg, 1996, citado en Arias, 2012). En los últimos años, uno de los modelos más precisos sobre el TDAH fue el de

Barkley (1997), el cual defiende que estos individuos presentan un déficit en la capacidad de inhibir la respuesta ante estímulos que afecta a sus funciones ejecutivas (Arias, 2012).

En la Tabla 3 se muestra la evolución de la clasificación diagnóstica del concepto dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Tabla 3

Evolución de la Clasificación Diagnóstica del TDAH

Edición	Categoría
DSM-I	Reacción hipercinética.
DSM-II	Reacción hipercinética.
DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con y sin hiperactividad.
DSM-III-R	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH (sin subtipos).
DSM-IV	TDAH (3 subtipos: inatento, hiperactivo, combinado).
DSM-5	TDAH (subtipos y aumento de la edad de inicio).

Se caracteriza por la presencia de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. La primera se manifiesta como desviaciones y falta de persistencia en las tareas, desorganización o dificultad para mantener la atención. La hiperactividad es la actividad motora en exceso en situaciones inapropiadas. Por otra parte, la impulsividad hace referencia a acciones producidas en ese instante, sin previa reflexión y asociadas a un riesgo, que pueden ser causa de la necesidad de recompensas inmediatas. Se trata de un trastorno con una prevalencia de aproximadamente el 5% de los menores, y el 2,5% de los adultos (DSM-5, 2013, APA, p. 61).

Ansiedad

Este concepto proviene del término del latín “anxietas” que significa estado de inquietud, agitación o alteración del ánimo. Este término ha estado presente desde autores como Platón o Aristóteles, quienes lo asociaban con la angustia ante la búsqueda de la verdad o el miedo e incertidumbre al que se enfrenta el hombre. Más tarde, James (1890, citado en Díaz, 2019), desarrolló una teoría emocional que vinculaba la ansiedad al sistema nervioso y sus respuestas ante estímulos. Freud (1895, citado en Díaz, 2019), lo

planteó como un conflicto acontecido entre el ello, el yo y el superyó y más tarde, destacó Bowlby (1958, citado en Díaz, 2019), con su teoría del apego que establecía la ansiedad como fruto de la separación, especialmente en la infancia. Más recientemente, influyeron en el concepto Beck (1976, citado en Díaz, 2019), definiendo la ansiedad como una serie de patrones de pensamiento distorsionados, y Barlow (2002, citado en Díaz, 2019), con su teoría de la triple vulnerabilidad (biológica, psicológica y ambiental).

En la Tabla 4 se muestra la evolución de la clasificación diagnóstica del concepto dentro del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Tabla 4

Evolución de la Clasificación Diagnóstica de Ansiedad

Edición	Categoría	Trastornos asociados
DSM-I	Reacciones psiconeuróticas.	Ansiedad generalizada sin causa aparente.
DSM-II	Trastornos neuróticos.	Neurosis de ansiedad, reacción de fobia.
DSM-III	Trastornos de ansiedad.	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Trastorno de pánico (con o sin agorafobia). Fobia social. Fobia específica (simple). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
DSM-IV	Trastornos de ansiedad.	Se añade a los anteriores el Trastorno de ansiedad por separación y el Mutismo selectivo.
DSM-5	Trastornos de ansiedad	TAG. Trastorno de pánico. Fobia específica. Trastorno de ansiedad social. Trastorno de ansiedad de separación. Mutismo selectivo. TOC en “Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados” y TEPT en “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Los trastornos de ansiedad comparten cualidades con el miedo y la ansiedad excesivos, junto con alteraciones en la conducta. Se diferencian de estos debido a que perduran más allá del periodo de desarrollo. El miedo hace referencia a una respuesta ante una amenaza real o imaginaria, mientras que la ansiedad se trata de una respuesta

anticipada hacia una amenaza futura (DSM-5, 2013, p. 189). Los distintos trastornos de ansiedad se diferencian entre sí debido a la causa que origina esa sensación de miedo, ansiedad, evitación y la cognición asociada.

Estos trastornos son mucho más comunes en mujeres que en varones (2:1) y son diagnosticados cuando no se asocian al consumo de sustancias u otras afecciones médicas o trastornos mentales (DSM-5, 2013, p. 189), afectando a un 4% de la población mundial (OMS, 2019).

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La investigación sobre aquellos factores que favorecen o perjudican la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales en un aula ordinario, así como también la inclusión óptima de cualquier individuo dentro de su entorno de modo que pueda estimular y potenciar su desarrollo, ha de ser objeto prioritario de estudio actualmente. El presente trabajo se centra en el estudio de diferentes variables relacionadas con la inclusión y la calidad de vida de los estudiantes de Educación Primaria, así como también el grado de distancia social adoptado.

Se pone de manifiesto la necesidad de abordar la salud mental en la infancia como medida de prevención y atención de las necesidades del alumnado. Los elevados niveles de estigma y la falta de conocimiento en este ámbito, tanto por parte de los menores como por los adultos responsables, conlleva a un aumento significativo de los trastornos mentales originados en la infancia y que perduran durante la adolescencia, siendo el suicidio la quinta causa principal de muerte en niños de entre 10 y 19 años (Unicef, 2019).

Padecer alteraciones en la salud mental fuera de aquello considerado como “lo normal” dentro de la sociedad incrementa los niveles de vulnerabilidad, debido al estigma presente en la propia sociedad y la poca alfabetización que conducen a concepciones erróneas sobre estos trastornos y como consecuencia, actitudes de rechazo e incompreensión. Durante la infancia, esto adquiere especial relevancia, ya que es el periodo en el que el individuo comienza a desenvolverse más en su entorno próximo y establece interacciones comunicativas que influirán en el desarrollo de su personalidad y en la formación de una imagen ajustada y positiva de sí mismo.

De acuerdo con Ferrie et al. (2020), el estigma afecta directamente a la formación del autoconcepto y la autoestima del niño, y es responsable de la disminución del apoyo social entre iguales. El hecho de que se vean afectados estos factores de desarrollo emocional y social repercute en la forma en la que el individuo se desenvuelve y se adapta al entorno, determinando su grado de inclusión en él.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. Procedimiento/obtención de datos.

El estudio realizado es cuantitativo, descriptivo, transversal, exploratorio y mixto. Se ha empleado un procedimiento basado en la aplicación de encuestas estructuradas que permiten la obtención de información de manera estratificada sobre el grado de inclusión y la actitud del alumnado hacia los compañeros con Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y ansiedad en diferentes clases de Educación Primaria, desde el primer curso hasta sexto. También, se evalúa el sentimiento de pertenencia e inclusión de cada alumno, así como la percepción que tienen de sí mismos.

El instrumento de evaluación empleado permite el estudio analítico de las diferentes estadísticas descriptivas, relativas al estigma, la distancia social y el grado de inclusión. Para ello, se presentó un caso hipotético de cada uno de los tres diagnósticos mencionados anteriormente, que describía sus principales características y comportamientos. Tras su lectura, se presentaron las tablas que recogían las diferentes preguntas relacionadas con la distancia social y la inclusión emocional, inclusión social y el autoconcepto, y que admitían cuatro tipos de respuesta: “no”, “un poco”, “bastante” y “sí”. Las preguntas comprenden aspectos relacionados con lo social, la convivencia, el trabajo en equipo y el autoconcepto, y las respuestas se reflejan a través de una “X” en la casilla correspondiente.

La prueba fue aplicada en todos los cursos de Educación Primaria, garantizando así una representación cuantitativa y equitativa de cada nivel. Con el objetivo de disminuir la influencia de factores externos y propiciar un ambiente cómodo, el instrumento de evaluación fue aplicado dentro de cada aula. Los cursos superiores (5º y 6º) realizaron la prueba de manera independiente, consultando dudas en momentos puntuales. Los cursos intermedios (3º y 4º) precisaron de ayuda a la hora de leer y comprender las preguntas, por lo que se realizó una lectura conjunta de las mismas. Finalmente, en los cursos más bajos (1º y 2º) se realizó la prueba con el alumnado, y en pequeños grupos, explicando el proceso y siguiendo un mismo ritmo. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de las respuestas, y se utilizó un lenguaje adaptado a la edad y características del alumnado, facilitando la comprensión de las preguntas.

Los datos recopilados se organizaron en función del género, curso y diagnóstico de cada caso, facilitando el análisis comparativo de cada uno de los niveles educativos. Este método favorece el análisis del grado de inclusión de cada contexto educativo y grupo social.

3.2.2. Participantes.

En el estudio realizado participaron un total de 106 alumnos de Educación Primaria de un CEIP público de la ciudad de Valladolid, distribuidos de forma equitativa entre los diferentes cursos de esta etapa (de primero a sexto), con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. En representación del entorno escolar ordinario, se trató de una muestra heterogénea respecto al género y el nivel socioeconómico y académico.

De forma previa a su realización, se establecieron una serie de criterios para la inclusión, entre los cuales se consideraba a cualquier estudiante matriculado en esta etapa educativa y en este centro durante la recolección de los datos y la disposición de autorización previa por parte de sus familias para la participación en el estudio. Como criterios de exclusión, se establecieron aquellos que, por motivos de discapacidad severa o barreras en la comunicación lingüística o comprensión del idioma, no pudieran completar o comprender de forma óptima las encuestas.

Esta perspectiva permitió el trabajo con la diversidad necesaria para el análisis de actitudes hacia el alumnado con necesidades educativas y para conocer el grado de aceptación y autoconocimiento de cada alumno.

3.2.3. Variables e instrumentos de evaluación.

En el presente estudio, se han tenido en cuenta una serie de variables dependientes e independientes recogidas en la Tabla 5.

Tabla 5

Variables Contempladas en el Estudio

Dimensión	Variables dependientes	Variables independientes
Distancia social	Grado en el que cada	Curso escolar (1º a 6º EP)
	alumno acepta o rechaza a	Edad
	los individuos con	Género

	necesidades educativas especiales. Se evalúa mediante preguntas relacionadas con el deseo de distancia o aceptación.	Diagnóstico
Inclusión emocional	Grado en el que cada alumno se siente aceptado emocionalmente por sus iguales y adultos. Se evalúa a través de preguntas relacionadas con la sensación de pertenencia, el apoyo o la valoración.	Curso escolar (1º a 6º EP) Edad Género Diagnóstico
Inclusión social	Percepción que tiene el alumno sobre su inclusión en las dinámicas sociales del aula.	Curso escolar (1º a 6º EP) Edad Género Diagnóstico
Autoconcepto	Autoevaluación de su valor personal, destrezas sociales y participación activa dentro del grupo clase.	Curso escolar (1º a 6º EP) Edad Género Diagnóstico

El cuestionario empleado para la evaluación de la distancia social es la escala Social Distance Scale (SDS) (Link et al., 1987) diseñada con el objetivo de evaluar el grado de aceptación del individuo que la realiza hacia las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental presentada previamente en una viñeta. Por otra parte, para la evaluación del grado de inclusión, se ha empleado el cuestionario Perceptions of Inclusion Questionnaire (PIQ) en su versión en castellano (Rodríguez-Medina et al., 2023), centrándose en tres perspectivas del alumnado de educación primaria: inclusión emocional, inclusión social y autoconcepto.

Cada una de las dimensiones está conformada por 4 ítems distribuidos en una escala de 4 puntos (1= no, 2= un poco, 3= bastante y 4= sí). Los ítems 4,8 y 12 del

cuestionario de inclusión se encuentran invertidos. Dentro de la dimensión de distancia social, algunos de los ítems son: “¿aceptarías a X como compañero de pupitre?” o “¿te gustaría jugar en el recreo con él?”. En inclusión emocional, los ítems son: “me gusta ir a la escuela o el colegio” o “me divierto en la escuela o el colegio”. En la inclusión social, los ítems son “tengo muchos amigos en mi clase” o “me siento solo en mi clase”, y finalmente en el autoconcepto, son “aprendo rápido” o “soy un buen alumno”.

En cada escala, una puntuación de 4 refleja un alto grado de inclusión, y la puntuación total obtenida se consigue mediante la suma de los resultados de cada ítem. Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados, se organizan los resultados en una tabla, donde la puntuación es de 0-100, y también se realizan las medias obtenidas en cada dimensión. La validez del instrumento empleado fue revisada por profesionales en pedagogía y psicología educativa, comprobando su fiabilidad y capacidad de medición de las variables estudiadas.

3.2.4. Análisis de datos.

Tras la aplicación del instrumento de evaluación, los datos recogidos fueron estructurados y organizados para el análisis del grado de deseo de distancia social e inclusión del alumnado en la etapa de Educación Primaria. Se digitalizaron todas las respuestas y se reflejaron en la aplicación “Excel” versión 2411, clasificadas de acuerdo con diferentes variables: curso, edad, género y diagnóstico. Posteriormente, se comprobó la veracidad de cada una de las respuestas, eliminando aquellas que por estar incompletas o presentar errores no contribuían a un análisis exhaustivo de la materia.

Se analizó la frecuencia de cada una de las respuestas en el rango establecido inicialmente (1= no, 2= un poco, 3= bastante y 4= sí), reflejando la respuesta exacta de cada alumno a cada ítem, así como también el número total de alumnos que marcaron cada una de ellas en ese ítem. En el análisis se tuvieron en cuenta las respuestas totales y aquellas en blanco, obteniéndose finalmente una tabla que refleja estas junto al número total de alumnos que respondieron a cada ítem con una de las opciones (del 1 al 4), el porcentaje total de aquellos que respondieron 1 o 2, y el porcentaje total de los que respondieron 3 o 4. También, se organizaron y analizaron estos datos formando tablas con los mismos contenidos, pero únicamente seleccionando a los alumnos en función del género (masculino o femenino).

Con el objetivo de analizar los resultados desde una visión más general, se han realizado las medias de los resultados de cada dimensión analizada, y se han organizado en función del género y el ciclo.

Finalmente, el análisis y comparación de los datos obtenidos permite establecer relaciones entre las diferentes variables estudiadas y el grado de inclusión y distancia social, estableciendo la correlación existente entre ellos.

3.3. RESULTADOS

El instrumento de evaluación empleado para la recogida y el análisis de datos aparece reflejado en el Anexo 1 de este documento, de modo que puedan ser consultados los ítems evaluados de manera más extensa.

3.3.1. Análisis univariado.

En primer lugar, se realiza un análisis individual de las variables más significativas recogidas en la muestra, las cuales destacan entre el resto y ponen de manifiesto información relevante para el estudio. De manera general, los resultados obtenidos en la escala de distancia social (SDS) revelan un deseo de neutro-bajo de la misma. Por otra parte, los obtenidos en el cuestionario de inclusión (PIQ) revelan, en su mayoría, una percepción positiva de la inclusión emocional, social y el autoconcepto.

3.3.1.1. Escala de distancia social.

En este apartado, se analizarán los resultados de las escalas de TDAH, TEA y ansiedad relativas a la distancia social. Destacar, que en ellas las respuestas marcadas en la tercera y cuarta columna (3-4%) significan un menor deseo de distancia social, y, por lo tanto, las marcadas en la primera y segunda (1-2%) implican un mayor deseo de distancia social.

En el análisis de los resultados en relación con el TDAH, mostrados en la Tabla 6, destaca especialmente el ítem 10, debido a que más del 85% del alumnado ha marcado su respuesta entre el “no” y “un poco”, desvelando un alto grado de deseo de distancia social a la hora de permitir el cuidado de su mascota. Por otra parte, en el número 9 y 13 relativos al compañerismo y la aceptación, se muestra un deseo de distancia social más neutro, ya que la diferencia entre las respuestas positivas y negativas no supera el 8%. En cuanto al deseo de jugar en el recreo, se muestra una diferencia de casi el 20%, entre aquellos

alumnos que en su mayoría jugarían con esta persona y los que no. En el resto de los ítems existe una diferencia que tiende a un menor deseo de distancia social, ya que las respuestas se sitúan entre “bastante” y “sí” (3-4%), siendo en su mayoría positivas.

Tabla 6

Resultados y porcentajes totales de la escala SDS_TDAH

Ítems TDAH	No	Un poco	Bastante	Sí	1-2%	3-4%	N (Respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	30	19	10	47	46,23%	53,77%	106	0
10 Cuidado	66	25	6	9	85,85%	14,15%	106	0
11 Jugar	11	32	18	44	40,95%	59,05%	105	1
12 Parque	17	28	15	45	42,86%	57,14%	105	1
13 Fiesta	28	21	20	37	46,23%	53,77%	106	0
14 Equipo	19	25	19	43	41,51%	58,49%	106	0

Nota. N (Total) = 106.

Como se observa en las tablas S1 y S2 del Anexo 2, la diferencia entre la media de los porcentajes de cada género es de un 15,85%, siendo los hombres aquellos que presentan un menor deseo de distancia social frente a las mujeres.

Entre las respuestas de ansiedad recogidas en la Tabla 7, se manifiesta una gran diferencia especialmente en el ítem 9, seguido de los ítems 11, 12 y 13, relacionados con la aceptación de esta persona como compañero/a de pupitre, el juego en el patio y el parque y la invitación a una fiesta, ya que más del 80% de alumnos ha marcado la tercera y cuarta columna (3-4%), poniendo de manifiesto un bajo deseo de distancia social que se muestra con una diferencia de hasta el 65%. En el ítem número 10 se observa una menor diferencia entre las respuestas, destacando las positivas, pero pudiendo observar rechazo por parte de casi el 45% de los alumnos a la hora de permitir el cuidado de su mascota.

Tabla 7

Resultados y porcentajes totales de la escala SDS_Ansiedad

Ítems Ansiedad	No	Un poco	Bastante	Sí	1-2%	3-4%	N (Respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	8	9	14	75	16,04%	83,96%	106	0
10 Cuidado	21	26	14	44	44,76%	55,24%	105	1
11 Jugar	5	13	23	63	17,31%	82,69%	104	2

12 Parque	8	11	22	65	17,92%	82,08%	106	0
13 Fiesta	6	13	38	49	17,92%	82,08%	106	0
14 Equipo	10	17	25	54	25,47%	74,53%	106	0

Nota. N (Total) = 106.

Como se observa en las tablas S3 y S4 del Anexo 2, la diferencia entre la media de los porcentajes de cada género no es muy significativa, únicamente de un 4,17%, siendo las mujeres aquellas que presentan un menor deseo de distancia social hacia este trastorno, frente a los hombres.

Los resultados obtenidos en el TEA y mostrados en la Tabla 8, revelan que el mayor porcentaje se sitúa de nuevo en el ítem 10, en el cual casi el 80% del alumnado muestra un elevado deseo de distancia social a la hora de dejar que cuiden de su mascota. El ítem con mayor porcentaje de respuestas positivas es el 9, relativo a la aceptación como compañero de pupitre. Por otra parte, en el resto de los ítems se observa un deseo de distancia social neutro, ya que las respuestas oscilan entre el 40-50%, predominando el carácter positivo.

Tabla 8

Resultados y porcentajes totales de la escala SDS_TEA

Ítems TEA	No	Un poco	Bastante	Sí	1-2%	3-4%	N (Respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	18	19	16	53	34,91%	65,09%	106	0
10 Cuidado	61	23	10	12	79,25%	20,75%	106	0
11 Jugar	24	26	18	37	47,62%	52,38%	105	1
12 Parque	20	29	17	39	46,67%	53,33%	105	1
13 Fiesta	25	23	19	38	45,71%	54,29%	105	1
14 Equipo	18	28	19	41	43,40%	56,60%	106	0

Nota. N (Total) = 106.

Como se observa en las tablas S5 y S6 del Anexo 2, la diferencia entre la media de los porcentajes de cada género es algo elevada, alrededor de un 10%, siendo los hombres aquellos que presentan un menor deseo de distancia social hacia este trastorno, frente a las mujeres.

3.3.1.2. Cuestionario de inclusión.

La inclusión ha sido analizada desde tres perspectivas: inclusión emocional, social y autoconcepto, obteniendo los resultados que se muestran en la Tabla 9. Destacar, que en ellas las respuestas marcadas en la tercera y cuarta columna (3-4%) significan una mayor sensación de inclusión, y, por lo tanto, las marcadas en la primera y segunda (1-2%) implican un menor sentimiento de inclusión y pertenencia al grupo. Los ítems 4, 8 y 12 se encuentran inversos, es decir, en este caso un elevado porcentaje en las respuestas “no” y “un poco” significará un alto nivel de inclusión, y las respuestas de “sí” y “bastante”, un nivel bajo de inclusión.

Dentro de la dimensión de inclusión emocional, por lo general existe un elevado grado de inclusión percibido por parte del alumnado, ya que las respuestas positivas superan a las negativas en hasta un 70%. Destaca el ítem 10 relativo a la diversión en la escuela, donde alrededor del 90% de los alumnos declaran que sí lo hacen y sólo un 10% que no, siendo este el porcentaje más bajo. Por otra parte, en el ítem 4 (inversa) la diferencia no es tan grande, y sólo un 7% más niegan que no tienen ganas de ir a la escuela.

En cuanto a la inclusión social, existe un elevado nivel de sensación de inclusión en el grupo clase, ya que en casi todos los ítems se supera el 80% de respuestas positivas, destacando el ítem número 11 relativo a las relaciones establecidas con los compañeros, donde un 93% afirman que son buenas. Por otra parte, el ítem 8 inverso muestra un resultado contradictorio, con más de un 80% de alumnos que afirman sentirse solos dentro del aula, lo que implica que su nivel de percepción de la inclusión es bajo.

Finalmente, en el análisis del autoconcepto las diferencias entre resultados no son tan grandes en los ítems 3 y 6, predominando una autopercepción positiva. Por otra parte, destaca de manera favorable el ítem 9, donde casi el 90% de los estudiantes afirman ser buenos, y no de manera tan favorable el ítem inverso 12, en el cual se establece que casi el 80% de los alumnos consideran muy difíciles las tareas de la escuela.

Tabla 9*Resultados y porcentajes totales de la escala PIQ_Inclusión*

Ítem	Etiqueta	No	Un poco	Bastante	Sí	1-2%	3-4%	N (Respuestas)	N (Blank)
<i>Inclusión emocional</i>									
1	Me gusta ir a la escuela	7	11	18	70	16,98	83,02	106	0
4_r	No tengo ganas de ir a la escuela	49	8	16	33	53,77	46,23	106	0
7	Me gusta la escuela	11	10	13	69	20,39	79,61	103	3
10	Me divierto en la escuela	5	6	30	65	10,38	89,62	106	0
<i>Inclusión social</i>									
2	Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase	5	12	14	75	16,04	83,96	106	0
5	Me llevo muy bien con mis compañeros(as)	2	8	24	71	9,52	90,48	105	1
8_r	Me siento solo(a) en mi clase	10	5	8	83	14,15	85,85	106	0
11	Tengo buena relación con mis compañeros(as)	5	2	26	72	6,67	93,33	105	1
<i>Autoconcepto académico</i>									
3	Aprendo rápido	12	16	35	42	26,67	73,33	105	1
6	Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles	20	28	27	30	45,71	54,29	105	1
9	Soy un(a) buen(a) alumno(a)	5	6	22	73	10,38	89,62	106	0
12_r	Para mí muchas cosas son muy difíciles en la escuela	15	8	31	52	21,70	78,30	106	0

Nota. N (Total) = 106.

Como se observa en las tablas S7 y S8 del Anexo 2, la diferencia entre la media de los porcentajes de cada género no es muy significativa en inclusión emocional y social, siendo más elevada en autoconcepto, alrededor de un 9%. En las dos primeras dimensiones, las mujeres muestran un mayor grado de inclusión, mientras que los hombres lo muestran en la dimensión de autoconcepto.

3.3.2. Análisis multivariado.

Tras el análisis individual de los ítems correspondientes, se realizan las comparaciones pertinentes sobre las diferentes variables de una misma dimensión, así como las diferencias en cuanto al análisis del mismo ítem en los diferentes trastornos.

Respecto al análisis del deseo de distancia social presente en el alumnado que se observa en la Tabla 10, se puede observar que, en el caso de la ansiedad, los estudiantes se muestran mucho más predispuestos y con menos rechazo a la hora de socializar con la persona de la viñeta presentada, ya que se obtienen unos porcentajes mucho más elevados en la columna de la derecha que en la de la izquierda. Por otra parte, en el caso de TDAH

y TEA, los porcentajes obtenidos no son tan dispares, lo que pone de manifiesto que el deseo de distancia social es más neutro, predominando el aspecto positivo. Destaca el ítem 10 sobre el cuidado de la mascota, en el cual únicamente más del 55% del alumnado lo permitiría en el caso de la ansiedad, pero en TDAH y TEA alrededor del 80% se negaría.

Por lo tanto, de entre los tres trastornos, el TDAH es el que obtiene un mayor deseo de distancia social por parte de los menores, y ansiedad el que menos.

Tabla 10

Porcentajes totales agrupados por trastornos

Ítems	Distancia Social Deseada					
	TDAH		T. Ansiedad		TEA	
	1-2%	3-4%	1-2%	3-4%	1-2%	3-4%
9. Compañero	46,23%	53,77%	16,04%	83,96%	34,91%	65,09%
10. Cuidado	85,85%	14,15%	44,76%	55,24%	79,25%	20,75%
11. Jugar	40,95%	59,05%	17,31%	82,69%	47,62%	52,38%
12. Parque	42,86%	57,14%	17,92%	82,08%	46,67%	53,33%
13. Fiesta	46,23%	53,77%	17,92%	82,08%	45,71%	54,29%
14. Equipo	41,51%	58,49%	25,47%	74,53%	43,40%	56,60%
TOTAL	303,63%	296,37%	139,42%	460,58%	297,56%	302,44%

Nota. A mayor porcentaje menor distancia social deseada.

En el caso de la inclusión, los porcentajes obtenidos en inclusión emocional, social y autoconcepto, mostrados en la Tabla 11, son predominantemente positivos, poniendo de manifiesto que el alumnado se siente incluido en las tres dimensiones. Resalta especialmente el ítem 5 de la inclusión social, en el cual se encuentra el porcentaje más alto que revela que una gran mayoría de los estudiantes afirma tener una buena relación con sus compañeros. Cerca del 90% se encuentra el ítem inverso 4 que niega no tener ganas de ir a la escuela, y el ítem 9 en el que casi todos ellos afirman ser buenos alumnos. Los porcentajes positivos más elevados se encuentran dentro del ámbito de inclusión social, demostrando un alto grado de comodidad y sensación de pertenencia en el aula.

Considero que existe una falta de comprensión de la cuestión u otro factor que ha influido determinantemente en el ítem 8, ya que el resultado obtenido es contradictorio

con el resto de las respuestas, poniendo de manifiesto que por lo general se sienten incluidos en todos los ámbitos, pero al mismo tiempo, se sienten solos en el aula.

Las respuestas menos diferenciadas son las del ítem número 4 y 6, relativas al gusto por la escuela y la percepción sobre la propia capacidad de resolución, en las cuales el alumnado no se muestra tan a favor, con una diferencia de sólo el 7-9% aproximadamente.

Tabla 11

Porcentajes totales de inclusión en las tres dimensiones

Ítem	Etiqueta	1-2%	3-4%
<i>Inclusión emocional</i>			
1	Me gusta ir a la escuela	16,98%	83,02%
4_r	No tengo ganas de ir a la escuela	53,77%	46,23%
7	Me gusta la escuela	20,39%	79,61%
10	Me divierto en la escuela	10,38%	89,62%
<i>Inclusión social</i>			
2	Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase	16,04%	83,96%
5	Me llevo muy bien con mis compañeros(as)	9,52%	90,48%
8_r	Me siento solo(a) en mi clase	14,15%	85,85%
11	Tengo buena relación con mis compañeros(as)	6,67%	93,33%
<i>Autoconcepto académico</i>			
3	Aprendo rápido	26,67%	73,33%
6	Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles	45,71%	54,29%
9	Soy un(a) buen(a) alumno(a)	10,38%	89,62%
12_r	Para mí muchas cosas son muy difíciles en la escuela	21,70%	78,30%

Nota. A mayor porcentaje mayor inclusión.

3.3.2. Análisis inferencial.

A continuación, se procede a analizar las medias obtenidas en cada una de las dimensiones, agrupando y comparando los resultados en función del género y el curso de los estudiantes. Finalmente, se realizará un contraste entre los diferentes ámbitos evaluados.

En cuanto a las medias obtenidas a través de la escala de distancia social, y teniendo en cuenta que cuanto más elevado es el resultado menos discriminación existe,

se analiza las tablas de los tres trastornos, en función del género y curso, de la siguiente manera:

En el TDAH los resultados de la Tabla 12 muestran que el curso con una media más alta, y por tanto un menor deseo de distancia social, es sexto, frente segundo que muestra un mayor rechazo.

Los cursos con una media que supera los 50 puntos en ambos sexos son 1º, 5º y 6º, por lo que el alumnado de estas edades muestra un menor deseo de distancia social respecto al resto, siendo los estudiantes de 2º los que mayor deseo de distancia social tienen en ambos sexos.

En cuanto al género, la diferencia más marcada aparece en el tercer curso, con una diferencia de 28.17 puntos mayor en el género masculino. Lo mismo ocurre en sexto curso. Por otra parte, en 2º observamos que existe un mayor rechazo por parte del género masculino, siendo el único curso en el que esto curre. Por lo general, en el resto de los cursos existe una diferencia moderada, manifestando que en el TDAH los hombres tienden a una mayor puntuación, y por tanto un deseo de distancia social menor, en la mayoría de los cursos.

Tabla 12

Medias y desviaciones estándar de la escala SDS_TDAH en función del género y curso

Curso	Género					
	Femenino		Masculino		Marginal	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	59.60	28.01	58.64	30.95	59.17	28.57
2	44.44	26.35	36.67	29.65	39.26	27.89
3	32.94	25.83	61.11	11.56	42.33	25.67
4	42.22	13.94	51.39	29.95	47.86	24.69
5	53.70	21.70	62.96	15.58	57.41	19.43
6	51.11	27.81	74.54	15.25	63.89	24.41
Marginal	47.12	26.07	57.80	26.13		

Nota. A mayor puntuación menor deseo de distancia social.

En la ansiedad, Tabla 13, las medias obtenidas revelan que el curso con menor rechazo es primero, seguido de quinto. Por el contrario, los estudiantes con mayor deseo de distancia social se encuentran en segundo, pese a no ser una diferencia muy significativa.

Por otra parte, los resultados obtenidos en todos los cursos superan o se acercan en la media a los 50 puntos, manifestando que existe un bajo grado de rechazo hacia este trastorno. Las puntuaciones más elevadas en ambos sexos se encuentran en primero, tercero y quinto, y la más baja, que por tanto indica un mayor deseo de distancia social, en segundo, especialmente en el género masculino.

Por lo general, el género femenino muestra una actitud más favorable hacia la ansiedad, por encima del género masculino en todos los cursos, especialmente en tercero, y a excepción de primero, donde la diferencia es muy significativa (18.24 puntos), y quinto, con apenas diferencia.

Tabla 13

Medias y desviaciones estándar de la escala SDS _Ansiedad en función del género y curso

Curso	Género					
	Femenino		Masculino		Marginal	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	73.74	18.61	91.98	12.46	81.94	18.28
2	76.67	34.78	48.89	36.74	58.15	37.38
3	82.54	15.69	69.05	18.94	78.04	17.61
4	74.44	24.09	71.53	24.75	72.65	23.51
5	79.63	14.16	80.56	10.39	80.00	12.39
6	67.22	31.58	71.30	13.37	69.44	22.92
Marginal	76.13	22.13	71.37	24.95		

Nota. A mayor puntuación menor deseo de distancia social.

Finalmente, en el caso de TEA mostrado en la Tabla 14, las medias no son tan elevadas, lo que indica que el deseo de distancia social es más neutro. El curso que destaca por una mayor media es primero, sin ser especialmente elevada, frente a segundo, que apenas supera los 35 puntos, lo que revela un alto grado de rechazo hacia este trastorno.

En el caso de cursos como 1º y 5º, los resultados en ambos sexos muestran un bajo nivel de rechazo, lo que contrasta con 2º, que muestra las puntuaciones más bajas y, por lo tanto, el mayor rechazo. Esto resulta llamativo ya que 1º y 2º forman parte del mismo ciclo, sin embargo, en primero se obtienen las puntuaciones más altas y, por lo tanto, el menor deseo de distancia social.

En cuanto al género, en todos los cursos los varones muestran un menor grado de rechazo que las mujeres, siendo este muy notable en cursos como 3º y 5º. En el resto de los cursos las diferencias apenas son significativas, llegando a ser iguales en 4º.

Tabla 14

Medias y desviaciones estándar de la escala SDS_TEA en función del género y curso

Curso	Género					
	Femenino		Masculino		Marginal	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	69.19	25.74	73.46	22.18	71.11	23.68
2	33.33	23.90	35.00	34.75	34.44	30.66
3	35.71	26.75	62.70	19.43	44.71	27.36
4	55.56	22.22	55.56	33.73	55.56	28.78
5	59.88	17.74	64.81	18.81	61.85	17.68
6	45.00	30.14	49.54	27.57	47.47	28.16
Marginal	49.90	27.63	55.34	29.23		

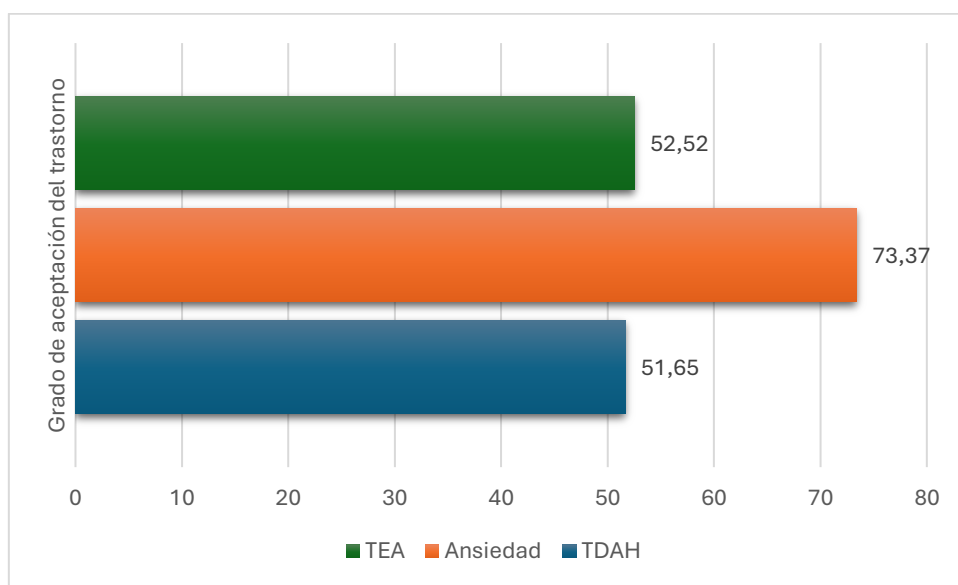
Nota. A mayor puntuación menor deseo de distancia social.

Por lo tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos en la escala de distancia social en la cual a mayor puntuación menor rechazo, y como se puede observar en la Figura 1, el alumnado presenta un mayor deseo de distancia hacia los trastornos de TDAH (51,65) y el TEA (52,52), siendo los resultados semejantes y superando la puntuación media en ambos casos. Por otra parte, el trastorno por el que el alumnado se muestra mucho menos reactivo es la ansiedad (73,37), obteniéndose un resultado por encima de 70 puntos, lo que indica menor deseo de distancia social y por tanto una mayor aceptación por parte de los estudiantes.

Además, en la etapa de 6 a 12 años las diferencias entre los resultados obtenidos en cada género no son muy dispares, teniendo un menor deseo de distancia social el género masculino en TDAH y TEA, y el género femenino en ansiedad.

Figura 1

Media 0-100 del grado de aceptación hacia cada trastorno según la escala SDS



Nota. A mayor puntuación, mayor aceptación hacia ese trastorno.

En cuanto a las medias obtenidas a través de la escala de inclusión, y teniendo en cuenta que cuanto más elevado es el resultado más inclusión existe, se analizan las tablas de las tres dimensiones: inclusión emocional, inclusión social y autoconcepto, en función del género y curso, de la siguiente manera:

En primer lugar, en el caso de la inclusión emocional mostrada en la Tabla 15, las medias son elevadas, superando los 50 puntos todas, lo que indica un gran sentimiento de inclusión por parte de los estudiantes de esta etapa educativa. El curso que destaca por una mayor media diferenciada del resto y que supera los 90 puntos es tercero, frente a segundo, que supera de forma mínima los 50 puntos, mostrando una mayor sensación de exclusión.

En el caso de cursos como 1º y 4º, los resultados en ambos sexos son semejantes, siendo iguales en 3º, algo que resulta llamativo. Por otra parte, la diferencia más significativa en ambos sexos se encuentra en 5º, con una diferencia de 15 puntos, seguida

de 6º, siendo en ambos más elevado en el género femenino en quinto y masculino en sexto.

En cuanto al género, las puntuaciones varían en los diferentes cursos. En su mayoría, el género femenino muestra una mayor sensación de inclusión, como se observa en 2º, 4º y 5º. Los varones sienten menos exclusión en cursos como 1º y 6º, y en 3º los resultados son exactos para ambos sexos.

Tabla 15

Medias y desviaciones estándar de la escala PIQ_Inclusión emocional en función del género y curso

Curso	Género					
	Femenino		Masculino		Marginal	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	68.94	8.41	71.30	7.35	70.00	7.84
2	55.00	19.18	48.33	20.71	50.56	19.79
3	92.86	13.42	92.86	8.91	92.86	11.87
4	61.67	12.64	57.29	24.17	58.97	19.97
5	74.07	14.70	59.72	19.31	68.33	17.59
6	67.50	20.20	75.00	30.98	71.59	26.31
Marginal	73.77	18.84	67.15	24.83		

Nota. A mayor puntuación mayor grado de inclusión emocional.

En segundo lugar, en los resultados de inclusión social mostrados en la Tabla 16, las medias son aún más elevadas, superando los 70 puntos todas, lo que indica un gran sentimiento de inclusión. El curso que destaca por una mayor media diferenciada del resto y que supera los 90 puntos es quinto, seguida de tercero y frente a cuarto, que es el curso que muestra una mayor sensación de exclusión.

Las diferencias entre ambos sexos son muy significativas en todos los cursos, llegando a superar los 30 puntos como en 4º. Por otra parte, primero es el curso con menos diferencia en ambos sexos, siendo esta de apenas 3 puntos, lo que establece que en este caso los alumnos no difieren tanto en su sentimiento de inclusión, siendo igualmente elevado en ambos sexos.

En cuanto al género, las puntuaciones varían en los diferentes cursos. El género femenino muestra una mayor sensación de inclusión en cursos como 2º, 3º y 4º. Los varones, sin embargo, se sienten menos excluidos en cursos como 1º, 5º y 6º.

Tabla 16

Medias y desviaciones estándar de la escala PIQ_Inclusión social en función del género y curso

Curso	Género				Marginal	
	Femenino		Masculino			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	84.85	14.82	87.04	14.50	85.83	14.33
2	86.67	12.64	73.33	23.50	77.78	21.05
3	91.07	10.06	86.90	21.97	89.68	14.65
4	95.00	7.45	64.58	30.78	76.28	28.43
5	86.11	15.02	98.61	3.40	91.11	13.16
6	71.67	29.45	90.97	18.28	82.20	25.37
Marginal	85.34	17.80	83.17	22.60		

Nota. A mayor puntuación mayor grado de inclusión social.

Finalmente, y como aparece reflejado en la Tabla 17, las medias obtenidas en la dimensión de autoconcepto no son tan extremas, situándose entre los 60-75 puntos en todos los cursos, lo que supone que los estudiantes presentan mayoritariamente un buen autoconcepto. El curso que presenta una mayor puntuación es 4º, seguido de 3º, siendo el ciclo con el alumnado que presenta una mejor percepción de sí mismos.

Las diferencias entre ambos sexos no son muy elevadas en ningún curso, a excepción de 1º donde la distinción es de 10 puntos, y especialmente 6º, donde supera los 20 puntos. En el resto, la diferencia es aproximadamente de entre 3-9 puntos, lo que indica que el grado de autoconcepto en esta etapa es predominantemente positivo en ambos sexos.

En cuanto al género, en la mayoría de los casos los varones presentan un mejor autoconcepto frente a las mujeres, como se muestra en los cursos 1º, 3º, 4º y 6º, siendo este último en el que el género masculino muestra una peor percepción sobre sí mismo.

En el caso de 5º, los resultados obtenidos son exactos para ambos sexos, lo cual resulta llamativo en comparación con 6º, ya que ambos pertenecen al mismo ciclo.

Tabla 17

Medias y desviaciones estándar de la escala PIQ_Autoconcepto en función del género y curso

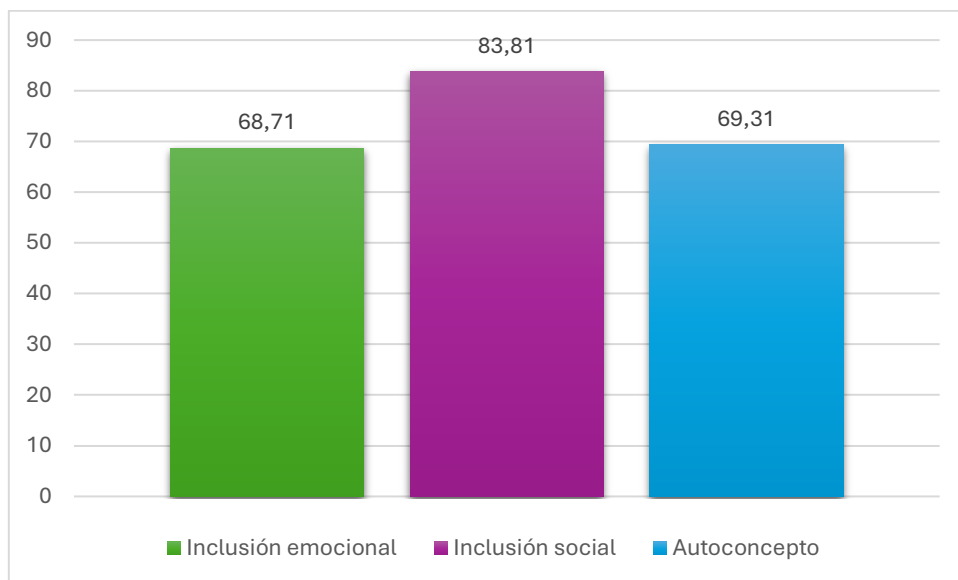
Curso	Género					
	Femenino		Masculino		Marginal	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	65.91	18.05	76.85	25.61	70.83	21.88
2	70.00	42.74	67.50	24.04	68.33	29.91
3	70.83	13.77	79.76	21.97	73.81	16.93
4	71.67	15.14	76.04	16.93	74.36	15.76
5	68.52	18.99	68.06	16.17	68.33	17.31
6	49.17	17.32	69.44	32.44	60.23	28.05
Marginal	65.43	20.82	72.60	23.99		

Nota. A mayor puntuación mayor grado de autoconcepto.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en la escala de inclusión son favorables, destacando especialmente la media de la escala de inclusión social, con una puntuación de 83,71 puntos sobre la inclusión emocional y el autoconcepto, con 68,71 y 69,31 respectivamente y como se muestra en la Figura 2. Además, en la etapa de 6 a 12 años las diferencias entre los resultados obtenidos en cada género no son muy dispares, teniendo una mayor sensación de inclusión las mujeres frente a los hombres en la dimensión de inclusión emocional y lo contrario en autoconcepto, siendo muy iguales en inclusión social.

Figura 2

Medias 0-100 obtenidas en las tres dimensiones de la escala PIQ_Inclusión



Nota. A mayor puntuación, mayor sensación de inclusión.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos llevado a cabo en el presente estudio, se plantean una serie de cuestiones que permiten sintetizar y comprender en profundidad el sentido de los resultados obtenidos.

En primer lugar, se ha observado que aquellas actitudes adoptadas por el alumnado hacia los tres trastornos presentados tienen cierta tendencia a evitar la proximidad, especialmente en los casos en los que los síntomas influyen en el transcurso normal de la clase, o en actividades lúdicas acontecidas en el aula. Por ello, gran parte de los estudiantes muestran más rechazo hacia el TDAH y el TEA, siendo la ansiedad el trastorno más aceptado, aunque no en su totalidad, posiblemente por su menor influencia en las personas del entorno.

Los contextos en los que se muestra un mayor deseo de distancia social han sido especialmente dos: el cuidado de una mascota y la realización de actividades conjuntas como compartir pupitre. En el primer caso, el alumnado siente una gran unión y necesidad de protección con este animal, por lo que considera un riesgo dejarlo al cargo de las personas presentadas en la viñeta. Por otra parte, compartir sitio en el aula supone trabajar y pasar mucho tiempo con esta compañía, por lo que las actitudes tienden a ser menos favorables, ya que les influye de forma directa en su rutina.

El rechazo manifestado hacia los tres trastornos y que ha sido recogido a través de la escala de distancia social es similar en el TDAH y el TEA, estando la ansiedad muy por debajo. Por lo general, y de manera sorprendente, ninguno de los tres trastornos destaca por un elevado porcentaje de deseo de distancia social, lo que pone de manifiesto que en muchas ocasiones esta actitud de rechazo ocurre por un desconocimiento de la situación, o miedo ante algo nuevo, ya que, por mi experiencia en un contexto real, el alumnado generalmente no tiene problema a la hora de relacionarse y ayudar a los compañeros que padecen algún trastorno.

Por otra parte, en el ámbito propio, el alumnado muestra una elevada sensación de inclusión y pertenencia dentro del aula en el que se encuentra, obteniéndose unos resultados muy elevados especialmente en cuestiones relacionadas con la cantidad de amigos o el gusto por la escuela. Los resultados difieren un poco más en el autoconcepto,

poniendo de manifiesto que no siempre se perciben de forma positiva a sí mismos, y son más críticos a la hora de resaltar sus cualidades.

En términos generales, considero que en esta etapa educativa el género no es un factor determinante a la hora de medir el deseo de distancia social hacia los trastornos mentales y la inclusión en el aula, ya que los resultados obtenidos son muy análogos. Sin embargo, es posible que, al presentar las viñetas de los alumnos con TDAH, TEA y ansiedad, se hayan sentido más identificados con el de su mismo género, y por tanto esto les haya ayudado a mostrar una actitud menos discriminativa.

Por otra parte, la edad influye especialmente en el caso de la distancia social deseada, ya que los dos primeros cursos muestran un mayor deseo de esta, mientras que en los dos cursos intermedios disminuye notablemente. En el caso de la escala de inclusión, los resultados no difieren tanto en los cursos, y no se muestra un patrón fijo que la aumente o la disminuya, posiblemente por la gran influencia del factor personal en los diferentes ítems, lo cual no se asocia a la edad.

Como puntos fuertes de la investigación, se incluye la novedad de los datos estudiados que han permitido el estudio del grado de distancia social e inclusión manifestados en la etapa de Educación Primaria, ya que actualmente son escasos los estudios que recogen datos sobre personas de estas edades, siendo mucho más frecuentes las investigaciones con personas adultas y adolescentes.

Del mismo modo, el estudio de la salud mental en la infancia mediante la aplicación directa al alumnado de instrumentos de evaluación como el utilizado en este trabajo permitirá la detección precoz de posibles problemas tanto a nivel personal como educativo, y su posible solución, así como también la facilitación de la inclusión de personas que padecen trastornos mentales o discapacidad, garantizando una educación inclusiva sustentada en los valores del respeto, la empatía y el compañerismo.

Como limitaciones, se ha establecido el tamaño limitado de la muestra ($n=106$), la necesidad de eliminar respuestas incompletas por el alumnado y la presencia de algunos valores extremos en los resultados obtenidos en la escala SDS. Un ejemplo de ello sería la obtención de 12 puntuaciones máximas en la tabla de distancia social, concretamente en el trastorno de ansiedad, lo que pone de manifiesto que ninguna de esas personas mostró un mínimo rechazo hacia la persona del caso presentado. Estos puntos extremos

deberían ser considerados en futuras investigaciones por la posible presencia de efectos de suelo o techo. También, es aconsejable la implementación de programas de alfabetización de educadores y estudiantes y que las intervenciones para favorecer la inclusión y prevenir actitudes de rechazo en niños y niñas incluyan experiencias reales con personas que padecen trastornos mentales, permitiendo así un mayor conocimiento del caso y por lo tanto, unos resultados más fiables.

Finalmente, tras la realización de este trabajo de fin de grado, se pone aún más en relieve la necesidad de otorgar la gran importancia que tiene al estudio de la salud mental en la infancia, ya que esta es un elemento fundamental que permitirá el desarrollo integral de los niños. Las escuelas juegan un papel decisivo en su promoción y cuidado, es el propio entorno educativo y la educación inclusiva llevada a cabo en el mismo lo que permite que el alumnado no sólo adquiera habilidades académicas, sino que se desarrolle emocional y socialmente, formando una imagen ajustada y positiva de sí mismo.

Tras los resultados obtenidos, he podido comprobar la importancia de detectar posibles actitudes discriminatorias en el aula, así como cualquier tipo de actitud negativa presente en el alumnado, ya sea hacia sí mismos o hacia el resto de los compañeros. De este modo se evitará el desarrollo de problemas más graves en la adolescencia y la adultez, favoreciendo también su bienestar y el rendimiento diario. El conocimiento y la formación en salud mental, tanto de los educadores como de los estudiantes, favorecerá el proceso de erradicación de actitudes discriminatorias, favoreciendo una educación inclusiva para todo el alumnado.

Me gustaría terminar con una frase del educador Fred Rogers: *"Todo lo que es humano es mencionable, y todo lo que se puede mencionar se puede manejar mejor"*, resaltando la necesidad de escuchar la voz de los más pequeños y su opinión sobre temas que les afectan, ya que es la única manera de comprenderlos completamente y, por lo tanto, dar respuesta a sus necesidades. Esta frase cobra especial relevancia porque los niños necesitan aprender desde temprana edad que está bien expresar sus emociones y preocupaciones. Cuando se les enseña a hablar sobre lo que sienten, desarrollan habilidades emocionales esenciales para enfrentar desafíos, construir resiliencia y prevenir problemas de salud mental en el futuro. Además, fomenta un entorno en el que la diversidad emocional es aceptada y comprendida, promoviendo un bienestar colectivo y eliminando los prejuicios y estereotipos.

REFERENCIAS

- Ainscow, M. (1995). Education for all: Making it happen. *Support for Learning*, 10(4), 147-155. *Desarrollo de escuelas inclusivas*. Narcea.
- Alba Pastor, C., Sánchez Serrano, J. M., & Zubillaga del Río, A. (2014). Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA): Pautas para su introducción en el currículo. Ministerio de Economía y Competitividad, Proyecto DUALETIC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arias, V.B. (2012). Sintomatología hiperactiva en niños de 5 a 7 años. *Calibración de dos instrumentos de evaluación mediante modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Barrio, J. L. (2009). Hacia una educación inclusiva para todos. *Revista Complutense de Educación*, 20(2), 13-31. <https://bitly.cx/0Xq5>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. McGrawHill. <https://bitly.cx/gELp>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis.
- Bisquerra, R. (2012). Diversidad y escuela inclusiva desde la educación emocional. En J. Navarro (Coord.), *Diversidad, calidad y equidad educativas* (pp. 24–32). Consejería de Educación, Formación y Empleo.
- Bisquerra, R. (2016). 10 ideas claves. *Educación emocional en la práctica*. Grao.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2002). *Index for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE). <https://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20English.pdf>
- Burns, R. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: EGA.
- Campodónico, N.M. (2022). Aproximaciones sobre la salud en la infancia y adolescencia de hoy: una revisión sistemática. *Veritas & Research*, 4(2), 113-127. <https://bitly.cx/5c77h>

- Canales, P., Aravena, O., Cárcamo, J., Lorca, J., & Martínez, C. (2018). Prácticas pedagógicas que favorecen u obstaculizan la inclusión educativa en el aula de educación física desde la perspectiva del alumnado y profesorado. *Retos*, 34, 212–217.
- Casanova, M. (2011). De la educación especial a la inclusión educativa: Estado de la cuestión y retos pendientes. *CEE Participación Educativa*, 18, 8-24. <https://bitly.cx/Dw4gH>
- Cazalla, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 43-46. <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>
- Consejería de Educación. DECRETO 38/2022, de 29 de septiembre, por el que se establece la ordenación y el currículo de la educación primaria en la Comunidad de Castilla y León. BOCYL núm. 190.
- Corzo, E. (2018). La mejora de la convivencia en las aulas a través de la diferencia. En G. de la Cruz Flores (Coord.), *Experiencias educativas en el aula de Infantil, Primaria y Secundaria* (pp. 86–94). Eindhoven, NL.
- Dahlberg, G., Moss, P., & Pence, A. (1999). *Beyond quality in early childhood education and care: Postmodern perspectives*. Falmer Press.
- Darder, P. & Bach, E. (2006). Aportaciones para repensar la teoría y la práctica educativas desde las emociones. *Teoría de la Educación*, 18, 55-84.
- Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Dópido, A. (2010). El nacimiento de la educación especial. *Revista Extremeña sobre Formación y Educación*, 2. <https://bitly.cx/aMHa>
- Epstein, S. (1974). The self-concept revised. *American Psychologist*, 28(5), 403–416.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: Perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69–96.

- European Commission / EACEA / Eurydice. (2023). Promoting Diversity and Inclusion in Schools in Europe: Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2797/443509>.
- Eurostat (2022). *Living Conditions in Europe - Poverty and Social Exclusion*.
- Fernández, J., & Santamaría, M. (2019). *Trastornos de ansiedad y autismo: Estrategias de intervención temprana*. Pirámide.
- Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S. C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Children and Youth Services Review*, 113.
- Gallacher, L. A., & Gallagher, M. (2008). Methodological immaturity in childhood research? Thinking through "participatory methods." *Childhood*, 15(4), 499–516.
- González, C., Rodríguez-Medina, J., Ayuso, A., Betegón, E., Irurtia, M.J., Valdivieso, L., & Redondo, J. (2023). Stigma and Discrimination as a Factor of Vulnerability in childhood. Fundación la Caixa.
- Herrera, F., Ramírez, M. I., & Roa, J. M. (2004). El desarrollo emocional, social y moral en la educación primaria (6-12 años). En M.V. Trianes, & J. A. Gallardo, (Coords.), *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares* (pp. 259–286). Pirámide.
- Jiménez, I. (2010). *La visión de la escuela inclusiva en la sociedad*. Íttakus.
- Juvonen, J., L. M. Lessard, R. Rastogi, H. L. Schacter, & D. S. Smith. (2019). Promoting Social Inclusion in Educational Settings: Challenges and Opportunities. *Educational Psychologist*, 54(4), 250–270.
- Knickenberg, M., Zurbriggen, C. L. A., Venetz, M., Schwab, S., & Gebhardt, M. (2020). Assessing dimensions of inclusion from students' perspective – Measurement invariance across students with learning disabilities in different educational settings. *European Journal of Special Needs Education*, 35(3), 287–302.

- Lázaro (2023). Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*, 40(3), 1-3. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1085/1069>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500.
- Martín Criado, E. (2021). *La distancia social es otra cosa*. Entramados Sociales. <https://bitly.cx/bF72>
- Martínez, M. J. (2021). Inclusión educativa comparada en UNESCO y OCDE desde la cartografía social. *Educación*, 24(1), pp. 93-115.
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de marzo de 2022, 52.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Pública 2022*. Ministerio de Sanidad. <https://bitly.cx/V3PN>
- Mitchell, D. (2008). *What really works in special and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies*. Routledge.
- Molero, P., Ortega, F., Cubero, R., Sánchez, M., Granizo, I., & Valero, G. (2020). La inteligencia emocional en el ámbito educativo: Un meta-análisis. *Annales of Psychology*, 36(1), 84–91. <https://bitly.cx/hdctO>
- OLIVER, M (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. London: McMillan. PARRILLA, A. (2002). Acerca Del origen y sentido de la Educación Inclusiva. *Revista de Educación*. 327, 11-32.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/sp/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Trastornos del espectro autista*. <https://bitly.cx/nGZV>

- Ortega, M., & Montero, I. (2018). El papel de las competencias emocionales en la educación infantil: Las relaciones en la comunidad educativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 92(32.2), 31–46.
- Ortiz, A. (2023). Hacia una educación inclusiva. La educación especial ayer, hoy y mañana. *Universidad de Salamanca*, 54(1), 11-24. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0210-1696/article/view/25096/29207>
- Parra, C. (2010). Educación inclusiva: Un modelo de educación para todos. *Revista ISEES*, 8, 73–84.
- Parra, F. K., & Galvis, M. (2018). *Ausencias y presencias en un mundo de diversidades: Caso de Tarqui Huila* [Tesis de Maestría en Educación desde la Diversidad, Universidad de Manizales]. Archivo digital. <https://bitly.cx/BkYbr>
- Parrilla, A. (2002). Acerca del origen y sentido de la educación inclusiva. *Revista de Educación*, 327, 11–32.
- Piaget, J. (1989). *La teoría del desarrollo cognitivo*. En *Psicología del niño*. Morata.
- Reynoso, C., Pérez, M. A., & García, L. J. (2017). El trastorno del espectro autista: Aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Rodríguez, I., Quishpe, A.E., Mendoza, E.C., & Campuzano, A. (2022). *Educación inclusiva y el desarrollo de competencias emocionales en los estudiantes*. *Revista Educare*, 733-748.
- Rodríguez-Medina, J. (2019). *Mediación entre Iguales, Competencia Social y Percepción Interpersonal de los Niños con TEA en el Entorno Escolar* (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid.
- Sheppard, M. (2021). Social work and social exclusion: The idea of practice. Editorial Routledge.
- Stainback, S., & Stainback, W. (Eds.). (1992). *Curriculum considerations in inclusive classrooms. Facilitating learning for all students*. Brookes.

- Sureda García, I. (2001). *Cómo mejorar el autoconcepto: Programa de intervención para la mejora de habilidades socio-personales en alumnos de secundaria*. Madrid: CCS.
- Thomas, K. T., & Griffin, J. (2023). Supporting integration through social connectedness: A development framework. *Journal of Youth Studies*, 26(2), 170–195.
- Torralbo, J. M. (2009). *Atender a la diversidad del alumnado en educación primaria*. <https://bitly.cx/yJiO>
- UNESCO. (1994). *Declaración de Salamanca: Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: Acceso y calidad*.
- Unicef (2021). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estado Mundial de la Infancia 2021: *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental en la infancia*.
- Valenzuela, L. (2016). La salud desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la salud física y el deporte*, 9, 50-59. <https://bitly.cx/PNJSX>
- Vargas, A. S. (2019). Aplicación de la inteligencia emocional en los procesos educativos. En J. C. Arboleda (Ed.). *Apropiación, gestión y uso edificador del conocimiento* (pp. 170–185). Redipe. <https://bitly.cx/W7viN>
- Venetz, M., C. L. A. Zurbriggen, M. Eckhart, S. Schwab, & M. G. P. Hessels. (2015). The Perceptions of Inclusion Questionnaire (PIQ). <http://www.piqinfo.ch>.
- Wolff, S. (2004). The history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 77-81.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de evaluación empleado

Nombre: _____ Niño ☐ Niña ☐ Otro ☐
Curso: _____ Edad: _____

PETER



Peter es un niño muy inquieto y con mucha energía.

Le cuesta concentrarse en las tareas de la escuela y a veces, comete errores por no fijarse en los detalles.

Le cuesta aprender cosas nuevas porque siempre está distraído y muchas veces no termina los deberes.

Peter suele olvidar sus tareas en casa y pierde con frecuencia los lápices o libros que necesita para trabajar.

En clase, le cuesta mucho quedarse quieto y en silencio.

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Te da pena Peter?				
2. ¿Crees que Peter es peligroso?				
3. ¿Crees que tiene la culpa de sus problemas de salud?				
4. ¿Te daría miedo estar con Peter a solas?				
5. ¿Le ayudarías con los deberes?				
6. ¿Te enfadarías con él?				
7. ¿Crees que estaría mejor en una clase especial para niñas o niños con problemas?				
8. ¿Te acercarías a él en clase?				

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Aceptarías a Peter como compañero de pupitre?				
2. Si tienes o tuvieses una mascota, ¿Aceptarías que él cuidara de tu mascota?				
3. ¿Te gustaría jugar en el recreo con él?				
4. ¿Te gustaría encontrarte con Peter en el parque?				
5. ¿Te haría ilusión que Peter fuese a tu fiesta de cumpleaños?				
6. Si hay que hacer equipos en E. Física, ¿te gustaría que estuviese en el tuyo?				

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué crees que le pasa a Peter?

- ¿Crees que tiene algún problema de salud mental? ¿Cuál, cómo llamarías a su problema?

- ¿Qué podría hacer Peter para sentirse mejor?

- ¿Qué podrías hacer tú para ayudarlo a sentirse mejor?

- ¿Qué harías si tuvieras problemas parecidos?

EVELYN



Evelyn se preocupa mucho por diferentes cosas (el colegio, las clases, la familia...)

Le cuesta concentrarse y a veces no termina sus deberes.

Evelyn tiene muchos dolores de estómago y de cabeza. A veces tiene pesadillas y suele estar cansada.

No le gustan las actividades nuevas y lo pasa mal si se separa de sus padres o tiene que enfrentarse a situaciones nuevas.

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Te da pena Evelyn?				
2. ¿Crees que Evelyn es peligrosa?				
3. ¿Crees que tiene la culpa de sus problemas de salud?				
4. ¿Te daría miedo estar con Evelyn a solas?				
5. ¿Le ayudarías con los deberes?				
6. ¿Te enfadarías con ella?				
7. ¿Crees que estaría mejor en una clase especial para niñas o niños con problemas?				
8. ¿Te acercarías a ella en clase?				

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Aceptarías a Evelyn como compañera de pupitre?				
2. Si tienes o tuvieses una mascota, ¿Aceptarías que ella cuidara de tu mascota?				
3. ¿Te gustaría jugar en el recreo con ella?				
4. ¿Te gustaría encontrarte con Evelyn en el parque?				
5. ¿Te haría ilusión que Evelyn fuese a tu fiesta de cumpleaños?				
6. Si hay que hacer equipos en E. Física, ¿te gustaría que ella estuviese en el tuyo?				

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué crees que le pasa a Evelyn?

- ¿Crees que tiene algún problema de salud mental? ¿Cuál, cómo llamarías a su problema?

- ¿Qué podría hacer Evelyn para sentirse mejor?

- ¿Qué podrías hacer tú para ayudarle a sentirse mejor?

- ¿Qué harías si tuvieras problemas parecidos?

MAX



A Max le encanta jugar solo, no siempre responde si le hablas y evita mirar a los ojos.

Solo habla de coches, se sabe todas las marcas que existen y podría jugar con ellos todo el rato.

Max repite siempre las mismas frases y movimientos, le gusta seguir siempre la misma rutina.

Le encanta ordenar y clasificar su colección de coches.

A veces, cuando hay mucho ruido o luz en clase, se tapa los oídos o cierra los ojos para sentirse mejor.

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Te da pena Max?				
2. ¿Crees que Max es peligroso?				
3. ¿Crees que tiene la culpa de sus problemas de salud?				
4. ¿Te daría miedo estar con Max a solas?				
5. ¿Le ayudarías con los deberes?				
6. ¿Te enfadarías con él?				
7. ¿Crees que estaría mejor en una clase especial para niñas o niños con problemas?				
8. ¿Te acercarías a él en clase?				

Marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
1. ¿Aceptarías a Max como compañero de pupitre?				
2. Si tienes o tuvieses una mascota, ¿aceptarías que él cuidara de ella?				
3. ¿Te gustaría jugar en el recreo con él?				
4. ¿Te gustaría encontrarte con Max en el parque?				
5. ¿Te haría ilusión que Max fuese a tu fiesta de cumpleaños?				
6. Si hay que hacer equipos en E. Física, ¿te gustaría que él estuviese en el tuyo?				

Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué crees que le pasa a Max?

- ¿Crees que tiene algún problema de salud mental? ¿Cuál, cómo llamarías a su problema?

- ¿Qué podría hacer Max para sentirse mejor?

- ¿Qué podrías hacer tú para ayudarlo a sentirse mejor?

- ¿Qué harías si tuvieras problemas parecidos?

Para acabar, marca con una **X** tu respuesta:

PREGUNTAS	No 	Un poco 	Bastante 	Sí 
Me gusta ir a la escuela o el colegio				
Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase				
Aprendo rápido				
No tengo ganas de ir a la escuela o el colegio				
Me llevo muy bien con mis compañeros(as) de clase				
Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles				
Me gusta la escuela o el colegio				
Me siento solo(a) en mi clase				
Soy un(a) buen(a) alumno(a)				
Me divierto en la escuela o el colegio				
Tengo buena relación con mis compañeros(as) de clase				
Para mí, muchas cosas son muy difíciles en la escuela o el colegio				

Anexo 2

Tablas S1 y S2 relativas a los resultados obtenidos en SDS_TDAH por género, masculino (n=51) y femenino (n=54) respectivamente.

Ítems TDAH	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	15	8	6	22	45,10%	54,90%	51	0
10 Cuidado	33	10	3	5	84,31%	15,69%	51	0
11 Jugar	5	12	11	23	33,33%	66,67%	51	0
12 Parque	7	9	11	24	31,37%	68,63%	51	0
13 Fiesta	9	8	12	22	33,33%	66,67%	51	0
14 Equipo	7	8	10	26	29,41%	70,59%	51	0

Ítems TDAH	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	15	32	7	21	87,04%	51,85%	54	0
10 Cuidado	32	15	3	4	87,04%	12,96%	54	0
11 Jugar	6	20	7	20	49,06%	50,94%	53	1
12 Parque	10	19	3	21	54,72%	45,28%	53	1
13 Fiesta	19	13	8	14	59,26%	40,74%	54	0
14 Equipo	12	17	9	16	53,70%	46,30%	54	0

Tablas S3 y S4 relativas a los resultados obtenidos en SDS_Ansiedad por género, masculino (n=51) y femenino (n=54) respectivamente.

Ítems Ansiedad	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	5	2	7	37	13,73%	86,27%	51	0
10 Cuidado	12	11	6	22	45,10%	54,90%	51	0
11 Jugar	2	7	12	28	18,37%	81,63%	49	2
12 Parque	4	5	13	29	17,65%	82,35%	51	0
13 Fiesta	3	8	19	21	21,57%	78,43%	51	0
14 Equipo	6	12	12	21	35,29%	64,71%	51	0

Ítems Ansiedad	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	3	6	7	38	16,67%	83,33%	54	0
10 Cuidado	8	15	8	22	43,40%	56,60%	53	1
11 Jugar	3	6	11	34	16,67%	83,33%	54	0
12 Parque	4	6	9	35	18,52%	81,48%	54	0
13 Fiesta	3	5	19	27	14,81%	85,19%	54	0
14 Equipo	4	5	13	32	16,67%	83,33%	54	0

Tablas S5 y S6 relativas a los resultados obtenidos en SDS_TEA por género, masculino (n=51) y femenino (n=54) respectivamente.

Ítems TEA	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	5	10	9	27	29,41%	70,59%	51	0
10 Cuidado	29	8	7	7	72,55%	27,45%	51	0
11 Jugar	11	10	13	17	41,18%	58,82%	51	0
12 Parque	11	9	11	20	39,22%	60,78%	51	0
13 Fiesta	10	10	12	18	40,00%	60,00%	50	1
14 Equipo	12	11	9	19	45,10%	54,90%	51	0

Ítems TEA	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
9 Compañero	13	9	7	25	40,74%	59,26%	54	0
10 Cuidado	31	15	3	5	85,19%	14,81%	54	0
11 Jugar	13	16	5	19	54,72%	45,28%	53	1
12 Parque	9	20	6	18	54,72%	45,28%	53	1
13 Fiesta	15	13	7	19	51,85%	48,15%	54	0
14 Equipo	6	17	10	21	42,59%	57,41%	54	0

Tablas S7 y S8 relativa a los resultados obtenidos en PIQ_Inclusión por género, masculino (n=51) y femenino (n=54) respectivamente.

Ítem	Etiqueta	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
<i>Inclusión emocional</i>									
1	Me gusta ir a la escuela	5	4	9	33	17,65%	82,35%	51	0
4_r	No tengo ganas de ir a la escuela	26	4	7	14	58,82%	41,18%	51	0
7	Me gusta la escuela	7	4	6	32	22,45%	77,55%	49	2
10	Me divierto en la escuela	5	3	13	30	15,69%	84,31%	51	0
<i>Inclusión social</i>									
2	Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase	3	7	6	35	19,61%	80,39%	51	0
5	Me llevo muy bien con mis compañeros(as)	1	4	11	34	10,00%	90,00%	50	1
8_r	Me siento solo(a) en mi clase	6	2	7	36	15,69%	84,31%	51	0
11	Tengo buena relación con mis compañeros(as)	3	1	10	37	7,84%	92,16%	51	0
<i>Autoconcepto académico</i>									
3	Aprendo rápido	6	5	17	22	22,00%	78,00%	50	1

6	Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles	7	6	17	20	26,00%	74,00%	50	1
9	Soy un(a) buen(a) alumno(a)	2	1	13	35	5,88%	94,12%	51	0
12_r	Para mí muchas cosas son muy difíciles en la escuela	9	5	10	27	27,45%	72,55%	51	0

Ítem	Etiqueta	no	un poco	bastante	sí	1-2%	3-4%	N (respuestas)	N (Blank)
<i>Inclusión emocional</i>									
1	Me gusta ir a la escuela	2	7	9	36	16,67%	83,33%	54	0
4_r	No tengo ganas de ir a la escuela	22	4	9	19	48,15%	51,85%	54	0
7	Me gusta la escuela	4	6	7	36	18,87%	81,13%	53	1
10	Me divierto en la escuela	0	3	17	34	5,56%	94,44%	54	0
<i>Inclusión social</i>									
2	Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase	2	5	8	39	12,96%	87,04%	54	0
5	Me llevo muy bien con mis compañeros(as)	1	4	13	36	9,26%	90,74%	54	0
8_r	Me siento solo(a) en mi clase	4	3	1	46	12,96%	87,04%	54	0
11	Tengo buena relación con mis compañeros(as)	2	1	16	34	5,66%	94,34%	53	1
<i>Autoconcepto académico</i>									
3	Aprendo rápido	6	11	18	19	31,48%	68,52%	54	0
6	Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles	13	22	10	9	64,81%	35,19%	54	0
9	Soy un(a) buen(a) alumno(a)	3	5	9	37	14,81%	85,19%	54	0
12_r	Para mí muchas cosas son muy difíciles en la escuela	6	3	21	24	16,67%	83,33%	54	0