

En este artículo se parte de una caracterización general del aprendizaje y a partir de allí se describen las diferentes etiologías de los problemas de aprendizaje así como su relación con alteraciones psicomotrices, trastornos de la percepción y trastornos del esquema corporal.

Según Pichon Rivière, el aprendizaje es un proceso de apropiación de la realidad para modificarla. Es un proceso de comunicación que involucra siempre dos personas: una que enseña y otra que aprende. Todo aprendizaje incluye un cambio: incorporación de algo nuevo, que se integra a lo que ya aprendimos anteriormente.

Para este autor, el proceso de aprendizaje incluye tres elementos: el pensar, el sentir, y el hacer. Dice que hay tres tipos de ansiedad que se dan en el proceso de aprendizaje:

- 1) confusional,
- 2) persecutoria: temor a lo desconocido, y
- 3) depresiva: miedo a la pérdida de lo ya adquirido. Cuando el grado de ansiedad es muy elevado y predomina una de ellas, se hace difícil el aprendizaje.

Paín nos habla de un aprendizaje en sentido estricto o sistemático y de un aprendizaje en sentido amplio o asistemático.

La vida escolar es una parte importante en la vida de un niño. Del estado de salud, de la estructura de su personalidad y del ambiente va a depender que puedan lograr una buena adaptación a la escuela. Por eso que consideramos factores que influyen en las dificultades de aprendizaje. Estos coexisten, es decir que actúan sobre sí, pudiendo existir el predominio de alguno sobre otro:

Factores orgánicos: Es fundamental la integridad anatómica y de funcionamiento de los órganos del cuerpo.

Factores emocionales o psicógenos: Puede observarse una inhibición, que se puede considerar como una restricción a nivel yoico. Hay una represión de la operación de aprender, por predominio del proceso primario. Esta inhibición puede ser global o parcial.

Factores socio-culturales: Aquí no hablamos de trastornos de aprendizaje sino de problemas escolares. Estos se deben a la institución escuela, al vínculo con la maestra, al método de enseñanza, etc.

Factores madurativos evolutivos: Se refieren a las posibilidades innatas independientes del desarrollo y del medio.

En síntesis, vamos a considerar las series complementarias de Freud. Según este, hay tres series de causas que no actúan independientemente, sino que lo que actúa es la resultante de la interacción entre ellas. Son:

Factores hereditarios y congénitos, los que junto con las experiencias infantiles, producen una cierta disposición que frente a un factor desencadenante produce un efecto: el síntoma (dificultad en el aprendizaje).

Según Jorge Visca hay tres grados de desviaciones del aprendizaje:

- 1) detenimiento global del aprender: cuando se da en todas las áreas, y es sincrónico;
- 2) imposibilidad absoluta para el aprendizaje de un área. Por ejemplo: alexia;
- 3) dificultad parcial. Ej: dislexia, disgrafia, etc.

Según Leo Kanner, las causas de los problemas de aprendizaje se pueden englobar así:

- 1) impedimentos físicos,
- 2) perturbaciones afectivas,
- 3) insuficiencia intelectual, y
- 4) incapacidad específica: dislexia, etc.

Es importante detectarlos a tiempo para poder encauzarlos. Los problemas de aprendizaje se presentan como síntomas de cuadros psicopatológicos.

Según Piaget: seriación, correspondencia y clasificación. Es una dificultad parcial en el aprendizaje.

Alteraciones psicomotrices

Dupré fue el primero en anunciar que hay un estrecho paralelismo entre el desarrollo de las funciones motrices -del movimiento y acción- y las funciones psíquicas. Es por ello que no vamos a hablar de motricidad sino de psicomotricidad.

En general, todos los autores asignan mucha importancia al desarrollo psicomotor en el transcurso de los tres primeros años, ya que en ese lapso se adquieren todas las coordinaciones neuromotrices esenciales. Basándonos en una línea evolutiva, el desarrollo psicomotor va de movimientos incoordinados, a movimientos coordinados y con una intencionalidad hacia un objeto.

Wallon describe cómo el niño pasa por diversos estadios, mostrando la imbricación de lo psíquico con lo motor. Estos estadios son:

- 1) *Estadio de impulsividad motriz*: son actos reflejos o automatismos, simples descargas (nacimiento).
- 2) *Estadio emotivo*: las primeras emociones se manifiestan por el tono muscular o la función postural.
- 3) *Estadio sensomotor*: se dan las coordinaciones de las primeras percepciones (ojo-mano, etc.), y corresponde al primer año de vida.
- 4) *Estadio proyectivo*: actividad intencional orientada hacia un objeto (un año).

Según Piky Vair se pueden distinguir tres tipos de manifestaciones de la actividad en el niño:

- 1) Conductas motrices que son más o menos instintivas.
- 2) Conductas neuromotrices ligadas a la maduración del sistema nervioso central.
- 3) Conductas perceptivo-motrices ligadas a la conciencia y la memoria.

El desarrollo psicomotor está ligado a la organización del esquema corporal, la lateralidad, la percepción, el control del propio cuerpo, la estructuración espacio-temporal y el dominio del equilibrio.

Según Piky Vair, las alteraciones psicomotrices más evidentes las podemos clasificar en:

- 1) Debilidad motriz: profunda, media y ligera.
- 2) Inadaptación social y escolar en niños de inteligencia normal: a) alteraciones en la actitud postural y la coordinación manual, b) alteraciones perceptivas o sensoriomotrices: disgrafia, etc., c) alteraciones psicoafectivas: inestabilidad.
- 3) Disminuidos físicos: a) deficientes sensoriales sordos, ciegos, etc., b) motóricos: afecciones neurológicas: epilepsia, parálisis cerebral, etc., y c) disminuidos de orden diverso: cardiopatías, asma, etc.

Dentro de los trastornos psicomotores vamos a ver algunos que no pueden ser considerados como cuadros aislados sino como síntomas que pertenecen a varios cuadros: debilidad motriz, inestabilidad psicomotriz, inhibiciones psicomotoras, torpezas y dispraxias.

- *Debilidad motriz*: Algunos la llaman *paratonía*, y se da cuando es imposible relajar voluntariamente un músculo. En vez de relajamiento se produce una contracción. Serían movimientos rígidos, involuntarios. Ej: las sincinesias.

Según Dupré, la debilidad motriz va acompañada de ciertos estigmas neurológicos. Para este autor, se trata de un estado de insuficiencia o imperfección de las funciones motrices.

- *Inestabilidad motriz*: Tiene como características extrema movilidad, desequilibrio afectivo, excesiva manifestación de las emociones, ambivalencia en las reacciones afectivas, falta de inhibición y de atención, es decir, incesante necesidad de movimiento y

cambios (hiperkinético). Se da entre dos polos, el orgánico y el afectivo, con mayor o menor compromiso de ambos.

Kiener habla de:

- 1) inestabilidad adquirida: dada por lesiones y traumatismos psicológicos, e
- 2) inestabilidad constitucional, que obedece a una disposición innata y hereditaria.

La inestabilidad motriz trae trastornos de conducta graves, se detecta con facilidad al ingresar a la escuela por el nivel de agresión, y como consecuencia altera el proceso de aprendizaje, aunque los niños sean inteligentes.

- *Trastornos de la realización motora*: Hay torpeza motriz dada por un retraso en la evolución motora e inmadurez psicomotora. Los orígenes pueden ser diversos, siendo el más común el retraso mental.

Leo Kanner hace una clasificación de los tipos psicomotores patológicos:

- 1) el tipo atlético, hipertónico, y
- 2) el tipo asténico, hipotónico.

- *Apraxia*: Dificultad en representar y copiar formas. Los tipos de apraxias infantiles son:

- 1) *Apraxia de realizaciones motrices*: falta de coordinación de movimientos elementales. Se las llama apraxias utilitarias, y son actos lentos y torpes.
- 2) *Apraxia constructiva*. Ejemplos: imitación en gestos, en las copias de dibujos, etc.
- 3) *Apraxias especializadas*: son las que afectan a una parte del cuerpo o una función de la actividad gestual. Encontramos: a) apraxia facial, b) apraxia postural (ej. comportamiento), c) apraxia colectiva (ej. vestirse), d) apraxia verbal (no hay concordancia entre acto y palabra).

La apraxia, en comparación con la agnosia y la afasia, es un desorden organizativo significativo de la función simbólica.

La apraxia va acompañada de trastornos neurológicos, trastornos en el esquema corporal, en la lectura, cálculo, escritura, etc.

En la apraxia el niño conoce bien lo que ha de hacer, pero lo que no puede hacer es realizarlo, representarlo. En la apraxia no coinciden el espacio interno y exterior, y por eso lleva a la confusión de las distintas partes del cuerpo.

Hay que tener en cuenta que las dispraxias evolutivas responden a una alteración del sistema y no a la función, es decir no está desintegrada la función. Generalmente, los niños apráxicos plantean problemas en matemáticas, en escritura, y no tanto en lectura. La dispraxia tiene como consecuencia mucha dependencia en la realización de los actos.

Apraxia es la incapacidad total, mientras que dispraxia es la alteración. La disgrafía es una dispraxia cuando va acompañada de signos neurológicos.

Trastornos de la percepción

Hasta la edad preescolar, hay trastornos casi normales, apareciendo como más o menos aislados. Los trastornos perceptuales, principalmente auditivos y visuales, provocan deficiencias en la atención. Atención y percepción son dos fenómenos psicológicos que guardan estrecha relación entre sí, se complementan.

En lo que se refiere a la memoria, ésta también guarda estrechas relaciones con las respuestas perceptuales, principalmente cuando dichas respuestas son referidas al lenguaje, el aprendizaje y la adaptación. Estas funciones no están relacionadas con la inteligencia. Por atención entendemos la capacidad para centralizar la percepción en un estímulo escogido y la prescindencia de otros estímulos que puedan distraer.

Se pueden señalar los siguientes grupos de anomalías psicosenoriales:

- 1) *Modificación de la cantidad de percepción*, es decir, cambios cuantitativos de la percepción. Puede darse una pérdida, una disminución o una exageración. Puede ser temporal, y entonces se habla de mayor influencia de los factores psicológicos. Ejemplos: ataques de asma, de histeria, estados alérgicos, psicosis, etc. Cuando es total, se habla de lesión orgánica, deficiencia sensorial genética, etc.
- 2) *Errores de interpretación de las percepciones sensoriales*: el problema es una mala interpretación. La sensación de los objetos percibidos puede ser deformada por:
 - a) Parestesia: es una sensación tergiversada, como las impresiones de entumecimiento, hormigueo, picazón, quemadura, ardor. Aparece en niños histéricos e hipocondríacos.
 - b) Ilusión: es la percepción desfigurada o errónea de objetos reales. En los niños pequeños son normales las ilusiones ópticas, como no distinguir claramente el palo del caballo con el cual están jugando, pero a partir de los 5 años, con la pérdida del pensamiento mágico se tiene que lograr la discriminación clara de la fantasía (juego) de la realidad. La ilusión es frecuente en estados de pánico.
 - c) Sensación de irrealidad: es muy rara en los niños. Al enfermo le aparecen cosas irreales, distintas de las que percibe. Se da cuenta de ello y por eso va acompañada de angustia.
- 3) *Percepción de objetos inexistentes*: alucinaciones. Son impresiones sensoriales sin estímulo externo, como por ejemplo voces, visiones, etc. El niño en el juego se podría decir que alucina cuando cree que maneja todo (pensamiento mágico). Los niños normales se dan cuenta de la irrealidad, pero los psicóticos no logran diferenciarla de la fantasía.

Gnosia: Es la facultad de percibir y reconocer, tanto en lo relativo a objetos externos como al propio cuerpo. Agnosia es la dificultad en esta facultad. Hay diferentes tipos de agnosias, siendo las que han merecido más atención las digitales y las manuales.

Estudios realizados entre los años 50-60 en el campo de la neurobiología, psicología, educación y desarrollo, por la Terapeuta Ocupacional Jean Ayres y Colbs, permitieron desarrollar el concepto de "Integración Sensorial", definido como la habilidad del SNC (sistema nervioso central) para recibir, procesar y organizar los estímulos sensoriales del medio externo y traducirlos en una respuesta adaptativa.

Esta habilidad posibilita la formación de un sistema postural (equilibrio y postura) y una conciencia corporal, que son la base de las actividades motrices intencionadas y coordinadas. A su vez, como plantean Quiros y Schragger, esta actividad motriz es la plataforma donde se apoyan los procesos de aprendizaje.

Cuando esta integración no se da en forma armónica y fluida, puede traducirse en la aparición de problemas y/o trastornos de aprendizaje.

Al hablar de Integración Sensorial, nos referimos principalmente a la adecuada integración de la información de los sistemas propioceptivo - vestibular y cutáneo.

El sistema propioceptivo es aquel que nos proporciona información sobre el funcionamiento armónico de músculos, tendones y articulaciones: participa regulando la dirección y rango de movimiento; permite reacciones y respuestas automáticas, importantes para la sobrevivencia; interviene en el desarrollo del esquema corporal y en la relación con el espacio y sustenta la acción motora planificada.

La disfunción de este sistema, se expresa en torpeza motriz; dificultad para mantener cabeza y cuerpo erguidos, realizar actividades bimanuales y manejar herramientas. También se observa distractibilidad por inquietud postural, rigidez de tronco y ausencia de noción de peligro.

Otras funciones en las que actúa con mas autonomía son el control del equilibrio; la coordinación de ambos lados del cuerpo; la mantención del nivel de alerta del sistema nervioso central y la influencia en el desarrollo emocional y del comportamiento.

El sistema vestibular responde a los movimientos del cuerpo a través del espacio y los cambios de posición de la cabeza. En conjunto con el sistema propioceptivo, mantiene el tono muscular, coordina automáticamente el movimiento de los ojos, cabeza y cuerpo, manteniendo un campo visual estable y es fundamental en la percepción del espacio y en orientación del cuerpo en relación a éste.

La disfunción de este sistema se expresa en: tono muscular disminuido, deficiencias en el equilibrio, en la actividad motriz y en los movimientos automáticos. Aparecen también dificultades en el registro de la información visual, en el seguimiento visual de objetos en movimiento, en el

cruce de línea media, en la convergencia, en la transcripción de la pizarra al cuaderno y en la percepción visoespacial. Además se observa pobre integración bilateral, organización lateroespacial, coordinación derecha - izquierda y especialización hemisférica. También se observa hiperactividad y distractibilidad por falta de modulación e inestabilidad emocional.

El sistema cutáneo es el encargado de registrar la información externa relacionada con temperatura, dolor, tacto, frío, calor; de este modo nos permite tanto discriminar los estímulos del medio, como reaccionar cuando éstos son amenazantes. Participa en el conocimiento del cuerpo y también en el desarrollo del vínculo emocional y sentido de seguridad. Junto con el sistema propioceptivo sustenta la acción motora planificada. Cuando este sistema no funciona adecuadamente, se puede presentar alta distractibilidad e hiperactividad, torpeza motriz, dificultad para incursionar en el medio, desorganización, organización temporal y secuencial pobre, dificultad para construir y manipular materiales y herramientas, retraso en la adquisición de la independencia en actividades de la vida diaria, inestabilidad emocional y dificultad en las relaciones sociales.

Cuando un niño presenta algunos signos relacionados con los ya descritos, y estos le producen problemas o dificultades en su vida cotidiana, ya sea el jardín infantil o el colegio, el hogar, y la relación con los demás, podría tratarse de una Disfunción de Integración Sensorial.

La detección precoz de este problema es de gran importancia, dado que generalmente la respuesta del niño al tratamiento es mejor mientras más temprano se le pesquise.

Padres, Educadores y personas cercanas al niño son las más indicadas para observarlo en las distintas áreas y situaciones y detectar si hay un problema. De este modo se podrá prevenir o tratar Dificultades de Aprendizaje que tengan como sustrato una Disfunción de Integración Sensorial.

Trastornos del esquema corporal

La noción de esquema corporal tiene su origen a principios de siglo con Henry Head, quien introdujo el concepto de modelo postural o imagen. El entiende que todo individuo tiene un modelo postural, dado por los cambios posturales y las imágenes visuales. Los cambios posturales informarían básicamente sobre el cuerpo, y la visión daría información sobre el espacio circundante y las relaciones del espacio con el cuerpo. Schilder, basándose en Head, agrega que la imagen corporal es la representación mental del propio cuerpo, y dice que no se trata de una mera percepción, como decía Head, sino de la integración de diferentes gestalten. Schilder habla de una gestalt biológica y de una gestalt en continua modificación.

La gestalt biológica sería estable: depende de factores hereditarios y genéticos, mientras que la gestalt en continua modificación depende de las impresiones sensoriales y motrices y de los factores sociales-ambientales y libidinosos. Entiéndase bien que la imagen

corporal schilderiana es una resultante de todos estos factores; no una suma, sino la conformación de una nueva gestalt, unitaria, integral y personal para cada individuo. La formación del esquema corporal lleva implícita la noción de relación con el exterior, en un doble sentido: espacial y temporal. Por eso decimos que el conocimiento del cuerpo y el conocimiento del espacio se llevan a cabo, a través de la postura, de los movimientos y de las percepciones propio y exteroceptivas. Hay una coexistencia de las perturbaciones: en el esquema corporal, en las relaciones espacio-temporales, en las alteraciones psicomotrices y en las deficiencias en el lenguaje. Todas estas llevan a las dificultades en el proceso de aprendizaje.

Sólo las separamos para un análisis artificial. Los trastornos del esquema corporal no se presentan como un síntoma aislado, sino dentro de un cuadro completo con fallas motrices y perceptuales. Recién después de los 18 meses de vida se pueden evaluar los trastornos del esquema corporal.

Hay diferentes maneras de analizar y concebir el esquema corporal, según desde el punto de vista que se lo mire. Nosotros vamos a tratar de integrar el neurológico, el fenomenológico y el psicológico.

Por ello vamos a clasificar los desórdenes del esquema corporal en dos grupos:

- 1) Desórdenes motivados por una mala organización del conocimiento corporal.

Hay diversas causas que impiden el conocimiento del cuerpo.

Alteraciones en la percepción propio y exteroceptiva, especialmente la visual y táctil. Varios autores coinciden que los ciegos de nacimiento tienen alterado su esquema corporal. En las parálisis cerebrales hay una discriminación táctil disminuída.

Los retrasados mentales tampoco llegan a integrar todas las partes de su cuerpo.

Diversos autores hicieron una correlación entre el conocimiento de los dedos como la base de la noción de número que el niño adquirirá.

En la psicosis las diferentes partes del cuerpo adquieren distinta significación.

Todas las fallas en el conocimiento del cuerpo están relacionadas con una mala organización espacial, trastornos en la lateralización y en la representación, es decir, no se puede situar el cuerpo como un objeto en un campo, en un espacio en relación con otros.

- 2) Desórdenes de la conciencia del cuerpo y de las vivencias corporales.

Estos trastornos son polimorfos, y lo que tienen en común es el hecho de referirse al cuerpo. Encontramos: a) *Alucinosis de cuerpo completo*: se da en niños que han sufrido amputaciones tempranas de un miembro o de nacimiento; tienen la ilusión de tener el cuerpo completo. Es una experiencia subjetiva y se la llama 'miembro fantasma'. b) *Hemiasomatognosia*: se da en niños con parálisis, donde hay una indiferenciación entre los miembros enfermos y sanos. c) *Trastornos corporales ilusorios*: se caracterizan por sensaciones de hinchazón o reducción del cuerpo o de ausencia de algún miembro o

cambio erróneo. Se da en los estados epilépticos, bajo efectos de drogas, en estados tóxicoinfecciosos y estados de pánico o ansiedad. d) *Falseamientos de las necesidades corporales*: se caracterizan por el rechazo a los estímulos corporales como el hambre, el cansancio, etc. Aparece en los estados de psicosis. e) *Fenómeno de despersonalización*: se caracteriza por el no reconocimiento de la persona en su totalidad, forma y límites, y va acompañado de sentimientos de desintegración y trastornos en la identidad, dándose en casos de psicosis y perversión.

La competencia motriz y el género

El planteamiento de esta investigación surge de varias preguntas, alguna de las cuales podrán tener respuesta al final de la investigación:

- ¿Los alumnos que demuestran incompetencia motriz en las clases de Educación Física tienen roles sexuales que los definan dentro del género femenino?
- ¿Las alumnas que demuestran competencia motriz en las clases de Educación Física tienen roles sexuales que las definan dentro del género masculino?
- ¿Los alumnos que demuestran competencia motriz en las clases de Educación Física tienen roles sexuales que los definan dentro del género masculino?
- ¿Las alumnas que demuestran incompetencia motriz en las clases de Educación Física tienen roles sexuales que los definan dentro del género femenino?

Según parece demostrar la experiencia, aquellos alumnos y alumnas que demuestran competencia motriz, reflejan una serie de roles de comportamiento, atribuidos al género masculino, como pueden ser: la confianza en si mismos, una presencia mas o menos atlética, tienen decisión, suelen ser competitivos, etc.

Por el contrario los alumnos y alumnas que demuestran incompetencia motriz, reflejan una serie de roles, atribuidos al género femenino, como pueden ser: timidez, falta de confianza en sí mismos, poca capacidad de riesgo, etc.

Pero esto es solo una apreciación, el objetivo de esta investigación es comprobar si esto es real, o no. Y si la competencia motriz esta influida por el género, o más aun si la competencia motriz no esta influida por el género, es decir, que nos encontremos alumnas competentes motrizmente y con roles femeninos.

Marco teórico

Antes de entrar en el diseño de la investigación propiamente dicha, será interesante analizar lo que diversos autores han escrito sobre los conceptos que se han utilizado.

Según Balagué (1991: 167) "la identidad del rol sexual es la identificación con las conductas que la cultura determina como 'masculinas' o 'femeninas'".

Al referirse a los rasgos, concepto que siempre tiene puntos en común con los roles, que más destacan al definir al deporte, Vázquez (1987: 61) dice "si definimos al deporte por sus rasgos más destacados: lucha, competitividad, protagonismo, dominación, violencia, etc. vemos que coinciden con rasgos que socialmente se le atribuyen al varón."

Para explicar el concepto género vamos a resumir alguna de las ideas planteadas por diversos autores como Brullet & Subirats, Deaux, etc.

Para estos autores el Género es un conjunto de normas sociales que define capacidades y comportamientos, características psicosociales (rasgos, roles, motivaciones y conductas) que se asignan diferencialmente a hombres y mujeres.

Según Oakley, citada por Scraton (1995: 19), género "son los procesos sociales, culturales y psicológicos mediante los que se estructuran y reproducen la feminidad y la masculinidad". Insistiendo en el aspecto social del género Scraton (1995, 20) dice

"El reconocimiento de la importancia de la construcción social del género y no de las diferencias biológicas permite valorar una visión más crítica y adecuada de las desigualdades entre los géneros en el deporte y en la educación física, situando el debate en el marco de las estructuras globales de poder de la sociedad"

Lo que indica, tanto por estos autores como por otros, que el hecho social, muy reflejado en los roles sexuales, es determinante para la definición de género.

Respecto al otro factor clave en esta investigación, la competencia motriz, Ruiz (1995: 19) dice "el concepto de competencia motriz hace referencia al conjunto de conocimientos, procedimientos, actitudes y sentimientos que intervienen en las múltiples interacciones que realiza en su medio y con los demás".

Para establecer que es incompetencia motriz, asociada al concepto de torpeza motriz, "los epítetos empleados para destacarla han sido diferentes según sean médicos o pedagogos" Ruiz (1995: 112). Pero centrándolo en el ámbito del aprendizaje motor, tendría una característica fundamental "la manifiesta dificultad para llevar a cabo y aprender habilidades motrices por parte de los niños y del las niñas" Ruiz (1995: 112).

Por último señalar que referido al deporte, considerado fuera del medio educativo, se han realizado algunos estudios para tratar de responder a las mismas preguntas planteadas en esta investigación y por ejemplo Balagué (1991: 167) dice "... la evidencia

sugiere que las mujeres que no practican deporte se describen a sí mismas al mismo nivel de femineidad que las deportistas pero a un nivel mucho más bajo de masculinidad."

Diseño de la Investigación

Hipótesis

Comprobar si la competencia motriz esta condicionada por el género, o no.

Sujetos

Para la investigación se ha contado con un grupo de 17 alumnos y 8 alumnas estudiantes de 2º curso de E.S.O. del I.E.S. El Cañaverál, de Móstoles (Madrid).

Desarrollo

Para la realización de esta investigación se utilizó el "Inventario de roles sexuales" de Bem, también denominado (BSRI) Bem Sex Role Inventory "un cuestionario de auto percepción de características femeninas y masculinas" (López 1995: 47), que consta de 60 ítems de los que 20 se consideran características femeninas, como la condescendencia, 20 masculinas, como la confianza en sí mismo y 20 neutras, como la servicialidad, que los alumnos y alumnas deben calificarse en una escala del 1 al 7.

;"Se pide a los sujetos que indiquen hasta que punto los describe cada ítem en una escala de 1(nunca o casi nunca) a 7 (siempre o casi siempre)" (Hyde 1995: 133)

"Una vez realizado el test, el sujeto en cuestión obtiene dos puntuaciones, de masculinidad y feminidad. La puntuación de masculinidad es la media de los valores asignados por el mismo con respecto a cada uno de los ítems de masculinidad y la de feminidad es la media de sus valoraciones en relación con los ítems de feminidad" (Hyde 1995: 133).

Uno de los principales problemas a priori era si el alumnado de primer ciclo seria capaz de comprender alguno de los conceptos sobre los que debían valorarse.

Pensamos que lo mejor seria esperar al momento de la realización para ver si estos problemas realmente existían.