

DEPORTE Y ACTITUD ANTE LA MINUSVALÍA PSÍQUICA

Sport and attitude toward mental retardation

M^a Pilar CALVO MARTÍN

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca

BIBLID [0214-3402 (1997) 9; 289-402]

Ref. Bilb. CALVO MARTÍN, M^a Pilar. Deporte y actitud ante la minusvalía psíquica. Aula, 1997, 9, 289-402.

RESUMEN: La actividad física tiene multitud de beneficios, pero aquí se ha demostrado su carácter integrador.

A una población se le valoró su actitud hacia la minusvalía psíquica mediante la forma G de la escala de evaluación de las actitudes. Del total de la muestra seleccionamos, mediante sorteo al azar, un grupo que llamamos Grupo de Trabajo y al que intentamos modificar las actitudes de un modo positivo. Para lograrlo, realizamos sobre ellos una intervención estructurada y directa que se llevó a cabo durante una competición regional de pruebas adaptadas. El otro grupo se denominó Grupo de Control.

Una vez realizada la intervención, se volvió a pasar al total de la población la escala de evaluación, notándose un cambio de actitud favorable en el Grupo de Trabajo mientras que en el de Control no se apreció cambio alguno.

Palabras clave: Deporte, Actitud, Minusvalía, Discapacidad.

ABSTRACT: Physical activity has many benefits, but here we merely attempt to demonstrate its condition as integrator.

We evaluated the attitude towards mental retardation using the G form of the «Attitudes Towards Mentally Retarded People Scale» in a group of students. A Work Group was randomly selected from among all the members of the sample and an attempt was made to modify the attitudes in a positive way. To achieve this, we carried out a direct and organized intervention, performed during a Regional Competition with Adjusted Trials. The other group was referred to as Control Group. After the intervention, we repeated the test on all the population; we perceived a positive modification in the attitude of the Work Group, while we did not perceive any modification in the attitude of the Control Group.

Key Words: Sport, Attitude, Handicap, Disability.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día consideramos la actividad física como una técnica preventiva y curativa de enfermedades somáticas y psicosomáticas, convirtiéndose en un factor determinante de la mejor calidad de vida y en una necesidad social para la elevación del nivel de salud del ciudadano. Esto ha producido una demanda continuada y cada vez más creciente de servicios deportivos por parte de toda la población, incluidos los minusválidos. El derecho al deporte como patrimonio social, ha tomado carta de naturaleza, y la práctica físico-deportiva se ha convertido en un bien de todos en cualquiera de sus formas de manifestarse, ya sea como simple componente lúdico de la actividad humana o como fuente de salud, de acondicionamiento físico o de integración social.

El deporte constituye, además, una importante actividad compensatoria de los desequilibrios de la sociedad moderna, marcada por los efectos negativos que una mayor disponibilidad de tiempo libre puede producir en los comportamientos humanos, y que la actividad físico-deportiva puede corregir por el aporte de valores que, no sólo en el orden físico, supone su práctica.

Dentro de la introducción vamos a tratar tres puntos que nos van a ayudar a entender la experiencia realizada:

- Nociones generales sobre la minusvalía psíquica
- Perspectivas sobre las actitudes
- Estrategias de intervención para modificarlas

1. NOCIONES GENERALES SOBRE MINUSVALÍA

En un principio conviene diferenciar tres términos que tienden a confundirse: deficiencia, discapacidad y minusvalía. Para intentar aclararlos vamos a seguir la definición dada por la Organización Mundial de la Salud en 1983 y actualmente en revisión:

Deficiencia

Definición: Es toda pérdida o anomalía de las funciones psicológicas, fisiológicas o anatómicas.

Características: La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental.

La Asociación Americana de Deficiencia Mental, señala que para hablar de deficiencia mental debería referirse a un C.I. inferior a 70 y, además, con una alteración de la conducta adaptativa que implique una dependencia de otra persona.

Discapacidad

Definición: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para desarrollar una actividad de un modo normal o dentro de los límites que se consideran normales en un ser humano.

Características: Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Minusvalía

Definición: Es la desventaja social que experimenta el individuo como resultado de una deficiencia o discapacidad y que limita o impide el cumplimiento del «rol» que le corresponde (en función de la edad, el sexo y los factores sociales y culturales).

Características: La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o «status» del individuo y las expectativas del mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad.

1.1. *Definición de minusvalía psíquica*

Podemos encontrar varias definiciones, como la formulada por la OMS en 1980, o la dada en el Congreso Mundial de Barcelona de 1978, pero hemos preferido quedarnos con la de la American Association on Mental Retardation, que es la más actual y que dice que, el retraso mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autorregulación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.

Para poder aplicar la definición deben tenerse en cuenta las cuatro premisas siguientes:

1. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en los modos de comunicación y en los factores comportamentales.

2. Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los de edad similar a la del sujeto y reflejan la necesidad de apoyos individualizados.
3. Junto a limitaciones adaptativas específicas existen, a menudo, capacidades en otras habilidades adaptativas o capacidades personales.
4. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

1.2. *Clasificación de la deficiencia mental*

La clasificación de las deficiencias mentales se realiza actualmente de acuerdo con los siguientes criterios:

— Según el Cociente de Inteligencia:

Retraso Mental Límite: C.I. 70-85

Retraso Mental Ligero: C.I. 50-69

Retraso Mental Moderado: C.I. 35-49

Retraso Mental Severo: C.I. 20-34

Retraso Mental Profundo: C.I. menor de 20

— Clasificación médico-etiológica

Se ha utilizado la clasificación que facilita su agrupamiento con respecto a las posibilidades de prevención, en grupos del I al IX. Por ejemplo, en el grupo I se agrupan las deficiencias mentales producidas por una agresión prenatal conocida, y en el IX las causadas por factores no reconocibles.

1.3. *El deporte en el minusválido psíquico*

La actividad físico-deportiva mejora el equilibrio psicológico del minusválido y le ayuda a relacionarse con el mundo exterior, haciendo que desarrolle unas actividades mentales y éticas que van a ser esenciales para su integración social.

Respecto al valor terapéutico, el deporte representa la forma más natural de fisioterapia, completándola en gran parte, restablece la fuerza muscular del minusválido, aumentando la calidad, desarrollo y coordinación neuromuscular, dándole además confianza en sí mismo y la ilusión por mejorar sus marcas. Se ha podido comprobar que el minusválido psíquico que practica deporte aprende a recuperarse de la fatiga que tenía en los primeros ejercicios de fisioterapia, y aprende a considerar su entrenamiento deportivo como un esfuerzo físico para su desarrollo psicológico y emocional, considerándose útil dentro de la sociedad en la que vive.

Por todo esto, la educación y el deporte para los minusválidos psíquicos es aún más importante que para los jóvenes válidos pues, con su concurso se consigue una auténtica rehabilitación física y psíquica, un mejor desarrollo armónico del cuerpo, una mejor y más perfecta adquisición del equilibrio, una autoestima, un pasar de espectadores de segunda fila a auténticos protagonistas de la acción, una mejor y más adecuada relación de convivencia, un mejor control de sí mismo, así como un sinfín de logros que sería interminable enumerar.

Dentro del ámbito deportivo, el minusválido psíquico está plenamente capacitado para practicar cualquier modalidad deportiva, dependiendo siempre de las categorías que a continuación se relacionan.

Deporte de competición abierta (Competición abierta): Es el nivel más alto de juego; los participantes se adaptarán a las normas federativas que rigen el correspondiente deporte, acatándolas en su totalidad. En algunas modalidades deportivas, los registros y marcas obtenidos se acercan mucho a los de los deportistas no discapacitados, dándonos así a entender que, a través de un entrenamiento continuado y bien dirigido, se puede llegar a conseguir grandes resultados.

Deporte adaptado (Actividad adaptada): Esta categoría está dirigida a aquellas personas minusválidas psíquicas con ciertos problemas, tanto a nivel físico como de comprensión. El deporte se adapta según las necesidades de sus practicantes, manteniendo siempre el espíritu de la actividad deportiva, aplicando tan sólo aquellas reglas fundamentales que serán designadas por el Comité Técnico de la FEDEMPS (Federación Española de Deporte para Minusválidos Psíquicos).

Deporte lúdico (Actividad de juego): Este tipo de deporte está dirigido a aquellas personas minusválidas psíquicas que, por cualquier alteración tanto mental como motriz, se encuentran profundamente limitadas (autistas, severos, profundos, etc.), y cuyo nivel de comprensión y asimilación les impide llegar a conocer las normas o reglas. La práctica del deporte está destinada a conseguir el objetivo final de la actividad (meter una canasta, gol, llegar a la meta...), sin una imposición de reglas que limiten el desarrollo de la actividad.

Deporte terapéutico: Es aquel tipo de deporte a través del cual se va a obtener, además del propio beneficio implícito en la propia práctica deportiva, una mejoría sobre aquellas minusvalías que necesitan experimentar una mejora en su función, lo que consiguen por medio de actividades específicas.

Se cree que la integración social del discapacitado mental, a través del deporte, ha de fundamentarse en tres fases:

- *Fase educativa o terapéutica*: Según el tipo de minusvalía, sea congénita o adquirida, la actividad motriz será utilizada con fines educativos o reeducativos. La motricidad permite así la asociación de conocimiento, acción y motivación, y favorece el saber hacer y el desarrollo de los hábitos sociales (vestirse, comer, atender a su higiene personal, etc.).

- *Fase de actividad física adaptada*: Gracias a una metodología especial, un material adaptado, etc., un minusválido psíquico debe poder practicar una actividad deportiva motivante, mediante las estructuras emocionales, mentales y motrices.
- *Fase de competición e integración*: En ciertos casos, la actividad puede ser practicada junto con las llamadas «personas válidas», sin necesidad de modificaciones.

2. PERSPECTIVAS GENERALES SOBRE LAS ACTITUDES

2.1. *Concepto de actitud*

Uno de los primeros interrogantes que se plantea a la hora de investigar es definir qué es una actitud. Las actitudes pueden ser concebidas como mediadoras entre un estímulo del entorno y unas respuestas conductuales. Muchos teóricos contemporáneos han utilizado una definición restringida de la actitud; otros, sin embargo, la conciben como un término que engloba diferentes componentes. Triandis (1971), por ejemplo, define la actitud como *una idea provista de una carga emocional que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones*. Esta definición tiene tres componentes: la idea (componente cognitivo), la emoción asociada a ella (componente afectivo) y la predisposición a la acción (componente conductual). De este modo, las actitudes podrían ser definidas como un conjunto de predisposiciones que implican respuestas ante una clase específica de objetos o personas y que adoptan diferentes formas; éstas constituyen expresiones de los componentes cognitivos (por ejemplo, sentimientos de gusto o disgusto) y conativos (por ejemplo, intención conductual o conducta en sí misma) de una actitud. Podemos decir que uno de los problemas teóricos mayores en el estudio de las actitudes es su definición. Esto, además, repercute de forma clara en la metodología desarrollada para evaluarla.

2.2. *Evaluación de las actitudes*

La investigación sobre las actitudes hacia las personas con discapacidad tiene una larga historia de más de 50 años, iniciándose probablemente con los trabajos pioneros en el campo de la psicología social, destacando entre otros los de Strong (1931) y Barker (1948).

En los últimos años de la década de los 50 y primeros de la de los 60 se inició la evaluación de las actitudes hacia otras discapacidades específicas, como, por ejemplo, Cowen y Struening que, en 1959, desarrollaron *Opinions About Mental Illness Scale* para evaluar las actitudes del personal de instituciones psiquiátricas hacia personas con enfermedad mental, y otros muchos estu-

dios sobre sordera, ceguera, enfermedad mental y deficiencias visuales. Bartlett, Quay y Wrightsman(1960) publicaron su AMRP (*Attitudes toward Mentally Retarded People Scale*), diseñada para medir la efectividad de un programa de modificación de actitudes aplicado al personal empleado en una residencia-hospital para personas con retraso mental.

A partir de 1970, el movimiento incipiente hacia la integración de niños con necesidades en la educación normal propició el desarrollo de escalas de evaluación de actitudes hacia la integración. Entre las más sobresalientes pueden citarse la de Larrivee y Cook, en 1979 y la de Schmelkin en 1985.

2.2.1. *Procedimientos de Evaluación*

Los procedimientos de evaluación de las actitudes han utilizado muy diversa metodología. No obstante, es posible agrupar las investigaciones en función de tres enfoques metodológicos:

1. Evaluación a través de imágenes: se presentan mediante una serie de fotografías o bien a través de vídeos, y se miden las reacciones individuales ante el impacto visual de las situaciones de discapacidad
2. Métodos sociométricos que miden la conducta (por ejemplo, contacto o evitación)
3. Métodos de evaluación de lápiz y papel: cuestionarios

El mayor grupo de investigaciones sobre actitudes hacia la persona con discapacidad se han realizado a través de cuestionarios.

a) Entrevistas, cuestionarios: requieren que el sujeto exprese por escrito sus creencias, sentimientos o intenciones de forma estructurada o no-estructurada. En el primer caso, se solicita al sujeto que elija de entre un pequeño conjunto de posibles respuestas aquélla que más se adecue a lo que él piensa o siente hacia el referente. En el segundo caso, se suele dejar un pequeño espacio debajo de cada pregunta para que sea él mismo quien ofrezca la respuesta o incluso la justifique o explique.

b) Listas de control basadas en adjetivos y escalas de rango ordinal: las listas de control consisten en asignar a una determinada deficiencia distintos adjetivos, partiendo de una lista dada. Las escalas de rango ordinal requieren que el sujeto ordene sus preferencias hacia las personas con discapacidad o, por otro lado, que emita juicios sobre los mismos.

c) Escalas de valoración: se basa en la puntuación de un concepto o persona, con respecto a los extremos de adjetivos bipolares. Un ejemplo es la Escala de Diferencial Semántico-Hipotética, para la medición de actitudes hacia el retraso mental.

d) Escalas psicométricas: consisten en juicios o afirmaciones que deben ser contestadas en términos de acuerdo o desacuerdo, o bien registrando «sí», «no» o «no sé».

3. INVESTIGACIONES SOBRE INTERVENCIÓN

El interés por modificar las actitudes de las personas sin discapacidad hacia aquellas que presentan discapacidad es relativamente reciente y puede considerarse que es a partir de los años 70 cuando empiezan a aparecer un gran número de estudios, destacando los de Johnson y Johnson (1986) y Yunker (1988).

3.1. *Estrategias de intervención*

Existen varias estrategias útiles para la modificación de actitudes negativas, que persiguen cuatro objetivos:

1. Proporcionar información sobre la discapacidad
2. Incrementar el nivel de bienestar de las personas que presentan una discapacidad
3. Fomentar la empatía
4. Facilitar una conducta adecuada hacia estas personas

A continuación se expondrán las técnicas más comúnmente utilizadas para modificar las actitudes.

- a) *Contacto y exposición a las personas deficientes*: La hipótesis subyacente es que el contacto dará como resultado el descubrimiento de los atributos positivos de las personas discapacitadas y desarrollará una mayor aceptación y entendimiento de las mismas.
- b) *Conocimiento de las personas discapacitadas*: Uno de los métodos consiste en presentar a sujetos normales información sobre individuos con discapacidades, con el fin de modificar las actitudes hacia éstos.
- c) *Instrucción sobre ayudas técnicas*: Muchos estudiantes integrados pueden requerir instrumentos, ayudas, materiales y aplicaciones para funcionar con éxito en un entorno integrado. Es muy adecuado informar a los alumnos sobre esas ayudas. Si es posible, puede ser útil que los mismos chicos integrados se lo expliquen a sus compañeros.
- d) *Simulación*: Simular discapacidades enseña a los estudiantes no discapacitados a adquirir un conocimiento más profundo sobre la discapacidad, al proporcionarles experiencias que les dan una idea respecto a cómo se sentirían si tuvieran una discapacidad.
- e) *Ejemplos hipotéticos*: Consiste en presentar a los sujetos ejemplos hipotéticos que ilustren los problemas con los que se suelen encontrar este tipo de personas.

MATERIAL Y MÉTODO

1. *Selección de la población*

El principal objetivo de este trabajo de investigación es cambiar las actitudes de un grupo de personas hacia otras con minusvalía psíquica severa y profunda. Para ello, debe elegirse una población de estudio compuesta por personas no relacionadas con la atención inmediata a discapacitados. Se ha pensado que esta población podría estar compuesta por estudiantes de la Universidad de Salamanca dado que cumplen las condiciones de cursar carreras totalmente ajenas a las minusvalías, ser muy accesibles por su horario de estudios y su cercanía en el Campus Unamuno y el espíritu abierto, solidario y de afán de conocimiento que caracteriza al estudiante universitario.

2. *Selección del grupo de minusválidos psíquicos*

Todos los participantes en la experiencia residen, en régimen de internado, en el CAMP (Centro Atención a Minusválidos Psíquicos) de Salamanca y vamos a realizar la intervención con un grupo compuesto por atletas minusválidos psíquicos que entrenan pruebas psicomotrices adaptadas, cuya normativa ha sido creada por «Olimpiadas Especiales» y que participarán en fechas próximas en una competición.

El CAMP atiende a personas con retraso mental de niveles profundos, severos y a aquellas con deficiencia mental media que tienen asociada alguna minusvalía física o sensorial grave. Aunque la minusvalía fundamental es la psíquica la gran mayoría tiene asociadas otras de carácter físico, sensorial o neurológico.

3. *Escala de evaluación de las actitudes*

Las actitudes hacia los minusválidos son, sin duda, complejas y tienen múltiples facetas, y su evaluación correcta dista de ser fácil, pero parece evidente que se debe dar respuestas a las cuestiones que atañen a las intrincadas relaciones entre conocimiento, actitudes y comportamiento manifiesto.

Se ha optado por elegir para la presente investigación la forma G de la Escala de Actitudes hacia la Personas con Minusvalía, configurada por Verdu-go, Arias y Jenaro en 1992 tras una pormenorizada investigación.

En síntesis, la validez del contenido de la escala viene, a juicio de los autores, determinada por dos razones principales: en primer lugar, los ítems que la forman se han decidido tras una cuidadosa revisión y adaptación de numerosos instrumentos de evaluación desarrollados previamente y respaldados por una amplia investigación. En segundo lugar, se ha obtenido una importante evidencia de que el contenido de los ítems se refiere a la «actitud hacia

las personas con discapacidad». El análisis factorial por su parte ha resultado en la identificación empírica de cinco factores que, en mayor o menor medida, están refrenados por hallazgos similares en investigaciones anteriores sobre el tema.

Composición factorial de la escala G

Factor I: denominado «Valoración de Limitaciones y Capacidades», comprende los números 1, 2, 4, 7, 8, 13, 16, 21, 29 y 36 de la escala. Su contenido se refiere esencialmente a la concepción que el encuestado tiene de las personas con discapacidad respecto a su capacidad de aprendizaje y de desempeño, y muestra inferencias sobre aptitudes orientadas a la ejecución de tareas.

Factor II: denominado «Reconocimiento/Negación de Derechos» agrupa los ítems números 6, 9, 12, 14, 15, 17, 22, 23, 27, 35 y 37, y sus contenidos se refieren al reconocimiento de derechos fundamentales de la persona (por ejemplo, igualdad de oportunidades, votar, acceder a créditos, etc.) y, en particular, al derecho que tiene a la normalización y a la integración social.

Factor III: denominado «Implicación Personal», agrupa los ítems 3, 5, 10, 11, 25, 26 y 31, y está formado por juicios referidos a comportamientos concretos de interacción que la persona llevaría a efecto en relación a personas con discapacidad. Una puntuación elevada de este factor indica una predisposición favorable a actuar y a mostrar una aceptación efectiva de las personas con discapacidad en situaciones personales, laborales y sociales.

Factor IV: denominado «Calificación Genérica», comprende los ítems números 18, 20, 24, 28 y 34, y se compone de atribuciones globales y calificaciones genéricas que el encuestado efectúa acerca de rasgos presuntamente definitorios de la personalidad o conducta de las personas con discapacidad. Una puntuación elevada en este factor indica que la percepción de la persona se acerca a la normalidad, en tanto que una puntuación baja indicaría una incidencia por parte del encuestado en etiquetajes de tono estereotipado, negativo o peyorativo.

Factor V: denominado «Asunción de Roles», agrupa los ítems 19, 30, 32 y 33, que consisten en presunciones que el encuestado efectúa acerca de la concepción que de sí mismas tienen las personas con discapacidad (por ejemplo, autoconfianza, capacidad de normalización social, satisfacción personal, autoestima elevada).

4. ELECCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y GRUPO DE CONTROL

A continuación, de la población inicial total, se deberá seleccionar mediante sorteo al azar una muestra compuesta por un número de individuos suficiente al que se cambiará la actitud hacia los minusválidos psíquicos mediante una intervención adecuada y que se denominará grupo de trabajo. Los no escogidos en el sorteo formarán un segundo grupo que quedará al margen de todo tipo de intervención y que llamaremos grupo de control.

4.1. Intervención sobre el grupo de trabajo

Se realizará utilizando estrategias basadas en el contacto y exposición del grupo de control a las personas deficientes mentales. La hipótesis subyacente es que el contacto dará como resultado el descubrimiento de los atributos positivos de las personas discapacitadas y desarrollarán una mayor aceptación y entendimiento de las mismas.

La intervención se realizará durante una competición regional de pruebas adaptadas que se celebrará en Salamanca en mayo de 1996, a la que asistirá el grupo de trabajo. Además esta intervención no será una mera exposición, sino que el contacto estará asegurado por la existencia de unas encuestas que los componentes del grupo de trabajo deberán completar con respuestas dadas por los atletas discapacitados. De esta manera la interacción debería reforzarse.

5. POSTEST

Una vez finalizada la intervención sobre el grupo de trabajo, se deberá volver a pasar la escala de evaluación hacia personas con minusvalía a la población total (grupo de trabajo más grupo de control).

La hipótesis de este trabajo de grado consiste en que se tendría que notar un cambio de actitud positivo del grupo de trabajo frente al grupo de control, que se verá reflejado en las respuestas del cuestionario. El grupo de control mantendrá el valor de las puntuaciones de las repuestas, mientras que el grupo de trabajo las mejorará.

6. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Para el análisis estadístico se ha utilizado una comparación de resultados por análisis de varianza (ANOVA), aplicándose los test *Fisher* PLSD y *Scheffe*, incluido en el paquete estadístico STATVIEW para MACINTOSH (Feldman, Gagnon, Hofmann y Simpson, 1988). El análisis descriptivo se basa en la apreciación de la media, desviación estándar y error estándar.

RESULTADOS

Características de los estudiantes encuestados:

Los estudiantes que han participado en el estudio pertenecen al primer curso de Relaciones Laborales. El elegir esta carrera se debió a la cercanía en el Campus Unamuno respecto a la E.U. de Enfermería y Fisioterapia y a que son estudios que no tienen relación alguna con la sanidad ni con las minusvalías.

En principio, el grupo total lo constituyeron 95 estudiantes que, al final de la experiencia, quedó reducido a 53. La realización y la asistencia de las distintas pruebas que se realizaron fue totalmente voluntaria.

Características de la muestra:

Distribución por edad:

| GRUPO | N | % |
|-------|----|------|
| 15-20 | 29 | 54,7 |
| 21-30 | 23 | 43,4 |
| 31-40 | 1 | 1,9 |

Distribución por sexo:

| GRUPO | N | % |
|---------|----|------|
| Mujeres | 42 | 79,3 |
| Hombres | 11 | 20,7 |

Distribución por nivel de estudios:

| GRUPO | N | % |
|---------------------|----|------|
| Bachillerato | 51 | 96,2 |
| Universitario Medio | 2 | 3,8 |

Distribución por contacto con discapacidades:

| GRUPO | N | % |
|-------------------|----|------|
| Sí han contactado | 11 | 20,8 |
| No han contactado | 42 | 79,2 |

Resultados del Pretest

Para valorar de forma correcta la forma G de la escala de actitudes hacia personas con minusvalía, es conveniente saber que existen 6 opciones de respuesta diferentes para cada ítem, que se valoran del 1 al 6, en función del grado de actitud hacia la minusvalía, siendo 1 cuando la actitud es muy desfavorable y de 6 cuando es muy positiva.

En función de este baremo de puntuación y de la composición factorial de la escala G de valoración de las actitudes hacia personas con minusvalía, los resultados obtenidos por los estudiantes de Relaciones Laborales antes de la intervención en cuanto a la media, desviación estándar y error estándar, son los siguientes (tabla 1):

| | MEDIA | DESVIACIÓN STD. | ERROR STD. |
|------------|--------|-----------------|------------|
| Factor I | 40,189 | 6,475 | 0,889 |
| Factor II | 52,528 | 6,151 | 0,845 |
| Factor III | 38,566 | 3,915 | 0,538 |
| Factor IV | 20,943 | 3,272 | 0,449 |
| Factor V | 16,358 | 3,622 | 0,498 |

Tabla 1. Media, desviación estándar y error estándar del pretest.

Si calculamos el valor de la media de los ítems que componen cada factor, puede apreciarse que existe una tendencia hacia las puntuaciones positivas, es decir una actitud hacia la minusvalía psíquica favorable, estando las medias entre el 4,08 del factor V y el 5,5 del III.

Por otro lado, no existen diferencias estadísticamente significativas de actitud hacia la minusvalía psíquica entre el grupo de trabajo y el grupo de control en el pretest.

Resultados del Postest

Una vez realizada la intervención sobre el grupo de trabajo aprovechando la competición regional de pruebas adaptadas, observamos que sigue existiendo una tendencia generalizada hacia las puntuaciones positivas, oscilando las medias de los ítems entre 3,83 y 5,32. El dato más destacable aparece cuando contrastamos las respuestas del grupo de trabajo frente al de control y observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa en los factores IV y V (calificación genérica y asunción de roles respectivamente), siendo el valor de $p < 0,05$.

Si analizamos los resultados en función de las características de los estudiantes nos encontramos con que hemos conseguido modificar las actitudes en mayor medida en las mujeres y en los estudiantes que no habían tenido contacto previo con la minusvalía, variando en ambos casos los factores IV y V (gráficos 1 y 2 respectivamente). En cuanto a los hombres sólo lo hemos logrado en el factor V o asunción de roles, mientras que el factor IV no llega a ser estadísticamente significativo pese a ser las puntuaciones del grupo de trabajo mayores que las del control (gráfico 3). En los estudiantes que habían tenido contacto previo con la minusvalía no hemos modificado ninguno de los cinco factores estudiados (gráfico 4).

CONCLUSIONES

La actividad física es fuente de salud; esto es un hecho demostrado; por tanto, las actividades deportivas para personas con discapacidad psíquica son de gran importancia para el diseño de un plan de Salud Integral para ellas.

Existe una tendencia generalizada en las respuestas de la forma G de la escala de valoración, hacia las puntuaciones positivas, es decir, hacia una actitud favorable frente a la minusvalía psíquica. Además, mientras que en el pretest no existen diferencias de actitud estadísticamente significativas entre el grupo de trabajo y el grupo de control, en el postest aparece una variación significativa entre las respuestas de ambos grupos.

Esta diferencia se aprecia en los factores IV y V —calificación genérica y asunción de roles respectivamente—, siendo más significativa en las mujeres y en los alumnos que no habían tenido contacto anterior con la minusvalía.

Podemos concluir que la intervención aplicada al Grupo de Trabajo ha dado los frutos esperados, consiguiendo cambiar las actitudes hacia las personas con minusvalía psíquica en dos de los cinco factores estudiados.

Con esta experiencia se ha pretendido fomentar el estudio del colectivo de minusválidos psíquicos, así como destacar las ventajas de la utilización de la actividad física adaptada como medio para facilitar su integración.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION, *Mental Retardation. Definition, Clasificación and System Supports*. Washington, AAMR, 1992.
- ANTONAK, R. F., y LIVNEH, H., *The Measurement of attitudes toward People with Disabilities. Methods, Psychometrics, and Scales*. Illinois: Charles C. Thomas, 1988.
- BARKER, R. G., «The social psychology of physical disability». *Journal of Social Issues*, 4(4), 28-38, 1948.
- BARTLETT, C. J., QUAY, L. C. y WRIGHTSMAN, L. S., «A comparison of two methods of attitude measurement: Likert-type and forced choice». *Educational and Psychological Measurement*, 20, 699-704, 1960.
- BERRYMAN, J. D. y NEAL, W. R., «The cross validation of the Attitudes Toward Mainstreaming Scale». *Educational and Psychological Measurement*, 40, 469-474, 1985.
- COHEN, J. y STRUENING, E. L., «Opinions about mental illness: mental hospital occupational profiles and profile clusters». *Psychological reports*, 12, 111-124, 1963.
- COMISIÓN DE DEPORTES PARA MINUSVÁLIDOS DEL COMITÉ OLÍMPICO ESPAÑOL, *Deportes para minusválidos físicos psíquicos y sensoriales*. Madrid, Comité Olímpico Español, 1994.
- EFRON, R. E. y EFRON, H. Y., «Measurement of attitudes toward the retarded and application with educators». *American Journal of Mental Deficiency*, 72, 100-106, 1967.
- GAN, J., TYMCHUCK, A. J. y NISHIHARA, A., «Mildly retarded adults: their attitudes toward retardation». *Mental Retardation*, 15, 5-9, 1977.
- GÓMEZ-NAVARRO, J., «EL deporte de Minusválidos». *Minusval*, 63, 15-16, 1993.
- HARTH, R., «Attitudes toward minority groups as a construct in assessing attitude toward the mentally retarded». *Education and Training of the Mentally Retarded*, 6, 142-147, 1974.
- LARRIVEE, B. y COOK, L., «Mainstreaming: a study of the variables affecting teacher attitude». *Journal of Special Education*, 13, 315-324, 1979.
- OMS, *Clasificación internacional de deficiencias, minusvalías y discapacidades*. Madrid: Inerser, 1980.
- SCHMELKIN, L. P., «A multidimensional scaling of disability labels». *Rehabilitation Psychology*, 30, 221-233, 1985.
- SPECIAL OLYMPICS INTERNATIONAL, *Reglas Oficiales de Deportes de Verano de Olimpiadas Especiales*. Washington, 1992.
- TRIANDIS, H. C., *Attitude and Attitude change*. New York: Wiley, 1971.
- UNITED NATIONS ORGANIZATION, *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. Nueva York, Autor (1983). (Trad. cast.: *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1988.
- VERDUGO, M. A. y ARIAS, B., «Evaluación y modificación de las actitudes hacia los minusválidos». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, (1), 95-102, 1991.
- VERDUGO, M. A., JENARO, C. y ARIAS, B., *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1994.
- YUKER, H. E., BLOCK, J. R. y YOUNG, J. H., *The measurement of attitudes toward disabled persons*. Alberston, New York: Human Resources Center, 1975.