

ESTUDIO PILOTO PARA LA ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE HÁBITOS Y NECESIDADES DE APOYO PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Maria Carbó-Carreté¹, Climent Giné¹ y Joan Guàrdia-Olmos²
Universitat Ramon Llull¹ y Universitat de Barcelona², España

RESUMEN: Las personas con discapacidad intelectual presentan necesidades de apoyo extraordinarias para realizar prácticas de actividad física que tengan un impacto en su calidad de vida. La literatura pone de relieve la falta de instrumentos de evaluación de estrategias de apoyo en este ámbito con propiedades psicométricas adecuadas. El objetivo del presente trabajo fue construir y realizar el estudio piloto del “Cuestionario de Hábitos y Necesidades de Apoyo para la Actividad Física en personas con Discapacidad Intelectual”. El instrumento consta de tres partes para las que se procedió a un primer estudio de fiabilidad. Los resultados obtenidos son aceptables con un α de Cronbach de .850 para la parte de Percepción y un valor α de .837 para el componente Necesidades y Estrategias de Apoyo administrado a los profesionales. A partir de la prueba piloto se ha puesto de manifiesto la necesidad de revisar el comportamiento de algunos ítems en función de las estimaciones de las correlaciones de cada ítem con su escala.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Discapacidad Intelectual, Actividad Física, Apoyos.

Dirección de contacto: María Carbó-Carreté. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Cister, 34. 08022 Barcelona, España.
Correo-e.: mariadelessalinescc@blanquerna.url.edu

PILOT STUDY FOR THE DEVELOPMENT OF A QUESTIONNAIRE FOR ASSESSMENT OF HABITS AND SUPPORT NEEDS FOR PHYSICAL ACTIVITY IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

ABSTRACT: People with intellectual disabilities have extraordinary support needs for physical activity practices that impact on their quality of life. The literature emphasizes the lack of assessment tools support strategies in this area with adequate psychometric properties. The aim of this study was to construct and conduct the pilot study of the “Habits Questionnaire and Support Needs for Physical Activity in Persons with Intellectual Disability”. The instrument consists of three parts which held an initial feasibility study. The results are acceptable with a Cronbach’s α .850 for the Perception and α value of .837 for the component Support Needs and Strategies administered to professionals. Based on the pilot test has revealed the need to review the behaviour of some items according to the estimates of the correlations of each item with its scale.

KEYWORDS: Quality of Life, Intellectual Disability, Physical Activity, Supports.

ESTUDO PILOTO PARA A ELABORAÇÃO DE UM CUESTIONARIO PARA A AVALIAÇÕES DE HÁBITOS E NECESSIDADES DE APOIO PARA A ACTIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS COM DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

RESUMO: Pessoas com deficiência intelectual têm necessidades especiais de apoio para as práticas de atividade física que têm impacto em sua qualidade de vida. A literatura destaca a falta de estratégias de avaliação de ferramentas de apoio nesta área com propriedades psicométricas adequadas. O objetivo deste estudo foi construir e conduzir o estudo piloto de “Questionário de Hábitos e apoiar as necessidades de Atividade Física de Pessoas com Deficiência Intelectual”. O aparelho é composto de três partes que realizou um estudo de viabilidade inicial. Os resultados são aceitáveis com um Cronbach α de .850 para a percepção e valor α de 837 para as Necessidades de Apoio componente e Estratégias administradas aos profissionais. Desde que o piloto destacou a necessidade de rever o comportamento de alguns itens de acordo com as estimativas das correlações de cada item com sua escala.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida, Deficiência Intelectual, Atividade Física, Apoios.

En la actualidad, la calidad de vida se entiende como un constructo social que orienta las prácticas y estrategias dirigidas a las personas con discapacidad intelectual (DI), al mismo tiempo que aporta el marco conceptual para evaluar hasta qué punto las personas experimentan una vida positiva, en términos de resultados personales (Schalock, Bonham y Verdugo, 2008). Estos resultados se definen dentro del contexto de las dimensiones e indicadores de calidad de vida, y se evalúan centrándose en el individuo y en los factores que contribuyen a su bienestar (Schalock, Gardner y Bradley, 2007; Schalock y Verdugo, 2003).

Los enfoques tradicionales basados en evaluar la calidad de vida a través de los procesos parecen ser insuficientes para tratar las variables que tienen un impacto significativo en la vida de las personas (Garden y Carran, 2005). En efecto, en los últimos años la investigación se ha orientado prioritariamente a la determinación de los predictores de los resultados personales de una vida de calidad (Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova y van Loon, 2008).

El modelo de calidad de vida que se adopta en este trabajo contempla ocho dimensiones (Schalock y Verdugo, 2003) en las que el concepto de salud tiene un papel relevante. Krahn, Hammond, y Turner (2006) observan que la salud en las personas con DI es el resultado de una combinación de factores distintos como son las condiciones genéticas, las circunstancias sociales, los entornos, la promoción de la salud y los accesos a la atención médica. Atendiendo a estos elementos, se han publicado distintos trabajos que pretenden identificar los hábitos que contribuyen a un estilo de vida saludable (Draheim, Williams y McCubbin, 2002; Pitetti, Rimmer y Fernhall, 1993; Rimmer y Rowland, 2008).

En los estudios revisados, uno de los temas que se trata con mayor frecuencia está relacionado con la práctica de actividad física (Frey, Buchanan y Rosser Sand, 2005; Luckasson et. al, 2002; Mann, Zhou, McDermott y Poston, 2006; Temple, Frey y Stanish, 2006). Aunque la literatura muestra que las personas con DI tienen un elevado riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y problemas como la obesidad, algunos estudios recientes ponen de manifiesto que estas personas tienen una menor forma física en comparación con la población general y que los niveles de práctica son considerablemente más bajos (Pitetti, Yarmer y Fernhall, 2001). Asimismo, dos terceras partes de los adultos con DI no llevan a cabo alguna actividad física que se considere suficiente para mejorar su condición de salud (Temple, Frey y Stanish, 2006). Este hecho es debido a que las opciones y accesos a programas de actividad física de la comunidad son generalmente limitados (Draheim, Williams y McCubbin, 2002).

Ante la importancia de diseñar e implementar programas, se han publicado estudios que identifican las principales dificultades que se manifiestan en la práctica de actividad física de las personas con DI. Los resultados de estos trabajos se han obtenido a partir de entrevistas (Frey et al. 2005; Mahy, Shields, Taylor y Dodd, 2010;

Messent, Cooke y Long, 1999) y grupos focales (Temple y Walkley, 2007) a las personas con DI y sus profesionales de referencia. Estos aspectos identificados se pueden agrupar en las tres categorías que Stanish, Temple y Frey (2006) establecen en su trabajo: (a) factores biológicos, (b) factores psicológicos, cognitivos y emocionales, y (c) factores sociales, culturales y del entorno.

Al margen de estos estudios, se han publicado instrumentos de medida que tienen por objetivo evaluar qué elementos intervienen en la práctica de actividad física de las personas con DI. La *Exercise Barriers Scale* (Heller, Rimmer y Rubin, 2001) identifica las barreras hacia el ejercicio físico y la *Exercise Perceptions Scale* (Heller y Prohaska, 2001) evalúa los beneficios de la práctica de actividad física percibidos por la persona. Una tercera escala, la *Self-Efficacy/Social Support for Activity for persons with Intellectual Disability* (Lee, Peterson y Dixon, 2010; Peterson, Peterson, Lowe y Nothwehr, 2009) identifica las condiciones en que la persona se considera capaz de realizar actividad física y los apoyos sociales que necesita para llevarla a cabo. Hasta el momento, estas escalas no han sido adaptadas ni validadas a la población con DI de nuestro entorno de forma que su uso directo está claramente comprometido. Sin embargo, su contenido y propiedades deben ser tenidos en cuenta en la posible generación de un nuevo instrumento de evaluación ajustado a la población diana que se defina.

Así pues, el propósito de este trabajo es presentar los resultados de la prueba piloto de la validación psicométrica de un nuevo instrumento que identifica, por un lado, el nivel de práctica de actividad física de la persona con DI y, por otro lado, las necesidades y estrategias de apoyo que requieren estas personas para realizar de manera satisfactoria actividad física.

MÉTODOS

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 42 personas adultas con DI de la comunidad autónoma de Cataluña (España). Del total de participantes el 59.5% eran hombres y el 40.5% mujeres. En relación a los servicios de atención de día, el 76.2% atiende a centros ocupacionales, el 16.7% al servicio ocupacional de inserción y el 4.8% a centros especiales de empleo. En cuanto a la vivienda, el 50% viven con la familia, el 45.2% están en pisos tutelados y el 2.4% vive en su propia casa. En cuanto al nivel de práctica de actividad física, el 81% considera que estos tipos de actividades forman parte de sus hábitos diarios y el 16.7 se describe como sedentario.

En este estudio también participaron las familias de los adultos con DI (64.4%) o tutores legales (16.7%) de los cuales el 40.5% vive en un entorno semi urbano, el 35.7% en urbano y el 4.8% rural. En relación a su nivel educativo, el 4.8% no tiene estudios, el 33.3% ha realizado los estudios primarios, el 14.3% los estudios de educación secundaria y el 28.6% tiene un título universitario.

Además de los familiares, se evaluó una tercera muestra compuesta por los profesionales responsables de los servicios muestreados ($n=6$) que también respondieron el cuestionario. De estos profesionales, cuatro eran personal de atención directa del servicio de día, uno del servicio de vivienda y el restante del equipo técnico del servicio. En referencia a su nivel académico, el 19% tiene los estudios de educación secundaria, el 45.2% ha realizado estudios universitarios y el 16.7% tiene un título universitario superior.

Instrumento

El instrumento utilizado es el Cuestionario de hábitos y necesidades de apoyo para la práctica de actividad física en las personas con DI. Los ítems se han creado a partir de la revisión exhaustiva de la literatura actual y complementándolos con las aportaciones de los expertos tanto del ámbito profesional como de investigación que se dedican a temas vinculados a la discapacidad intelectual y actividad física.

El cuestionario está dividido en tres partes con la intención de evaluar los objetivos propuestos. La primera parte “Hábitos” está compuesta por 10 ítems a través de los que se evalúan los aspectos vinculados a las condiciones y tiempo dedicado a la práctica de la actividad física de la persona con DI. Estas preguntas son de respuesta múltiple y deben ser contestadas por un profesional de referencia. La segunda parte “Percepción” hace referencia a las percepciones y conocimientos que tiene la persona con discapacidad en relación a la práctica de la actividad física. Concretamente, son 10 preguntas dicotómicas en las que la persona con DI responde directamente. Para facilitar la comprensión y garantizar que la persona entiende el contenido, esta parte puede ser administrada en formato entrevista por parte de un profesional. Finalmente, la tercera parte “Necesidades y estrategias de apoyo” sirve para identificar los apoyos que requieren las personas con DI para practicar la actividad física de manera satisfactoria. En total, esta parte consta de 18 ítems dicotómicos en los que, en primer lugar, se pregunta sobre la necesidad de apoyo y, a continuación, sobre la estrategia de apoyo recibida. Con la finalidad de evaluar con la máxima precisión estos aspectos y asegurar un nivel óptimo de comprensión por parte de los informantes, los contenidos se han elaborado en tres versiones distintas. Esta parte del cuestionario está compuesta por la versión destinada a la persona con DI, al miembro de la familia y al profesional.

Procedimiento

Inicialmente se creó un banco de ítems a partir de la literatura más relevante en relación a la importancia de la práctica de la actividad física para personas con DI (Draheim, Williams y McCubbin, 2002; Horwitz, Kerker, Owens y Zigler, 2000;

Jobling, 2001; Pitetti, et al., 2001) y los que tratan específicamente las barreras o dificultades para llevar a cabo estas prácticas (Frey, et al., 2005; Heller, Hsieh y Rimmer, 2004; Messent, Cooke y Long, 1998). Asimismo, también se revisó el trabajo de García (2006) sobre la Encuesta de los hábitos deportivos de los españoles con la finalidad de identificar todos aquellos elementos que deben contemplarse cuando se evalúa la práctica de la actividad física.

Una vez elaborados los 52 ítems, se solicitó a cinco expertos en el ámbito de la actividad física dirigida a las personas con DI que los revisaran. Se pedía a cada uno de ellos que valoraran el grado de importancia, idoneidad y claridad de cada ítem, además de revisar la estructura del cuestionario. A partir de las valoraciones y comentarios recibidos se elaboró la primera versión del cuestionario. Ya que una parte del cuestionario tiene que responderlo la persona con DI, se decidió administrarlo a una muestra de 55 personas de esa población con la finalidad de conocer el nivel de comprensión de las preguntas y usar los resultados como prueba piloto.

Las principales dificultades que se manifestaron en los 13 ítems de la parte de Hábitos eran en relación a la frecuencia de la práctica e instalaciones utilizadas, ya que las personas realizaban más de un tipo de actividad física y les resultaba difícil concretar en una respuesta. Así pues, se añadió una opción que incluyera el uso de diferentes instalaciones dependiendo de la actividad. Además se introdujo una nota especificando que en el caso que la persona realice diferentes tipos de actividad, puede escoger una de referencia y contestar en base a ésta.

En la administración de los 21 ítems de la parte de Percepción se detectaron dos problemas. Por un lado, el redactado y contenido de determinados ítems resultaban ser complejos y, por otro lado, había un número de ítems demasiado grande para mantener la atención de la persona. Por estas razones, se decidió mantener los 10 ítems más significativos y simplificar el redactado. A petición de la mayoría de los entrevistadores que participaron, introducimos el uso de gráficos para facilitar las respuestas.

Finalmente, la parte de Necesidades de apoyo para la actividad física fue la que presentó mayores dificultades en cuanto a la comprensión de los 18 ítems. Los profesionales indicaron que les resultaba difícil contextualizar las preguntas. Concretamente, las dudas eran en relación a los entornos en los que se evalúa la prestación del apoyo, es decir, en los servicios actuales o en la comunidad. Para resolver estas dificultades se revisó el redactado haciendo énfasis el contexto en que se sitúa cada ítem. Además, para conocer hasta qué punto se presta el apoyo, en cada ítem se añadió la pregunta sobre si, en caso necesario, la persona con DI recibe o no el apoyo.

En esta primera versión del cuestionario había una parte destinada a las familias, para conocer su percepción en relación a la práctica de actividad física de sus familiares. La administración de esta parte no presentó complicaciones. No obstante, la

interpretación de las respuestas nos resultaba compleja al compararla con la parte de Necesidades de apoyo contestada por los profesionales.

Por este motivo se optó por revisar a fondo toda la tercera parte del cuestionario e incluir en ésta los ítems destinados a las familias. Con la finalidad de asegurar un nivel óptimo de comprensión por parte de los informantes y evaluar con la máxima precisión estos aspectos, los mismos ítems se redactaron en tres versiones distintas según el informante (persona con DI, profesional y familia).

Una vez obtenida esta segunda versión del cuestionario¹ se procedió a la realización de una segunda prueba piloto. Para ello se solicitó la participación a cuatro instituciones de servicios para personas con DI, previamente seleccionadas de acuerdo con su ubicación geográfica y con los servicios que ofrecen. En cada centro se llevó a cabo una reunión con aquellos profesionales que participarían tanto como entrevistadores de las personas con DI como informantes. En estas reuniones se explicaba con detalle los diferentes apartados del cuestionario, especificando la parte que debían facilitar a las familias para que respondieran.

Finalmente, también se les entregaba el documento del consentimiento informado que debía ser firmado por todos los participantes, con la finalidad de garantizar al máximo su anonimato.

Como resultado de este procedimiento se tramitaron 50 cuestionarios, de los cuales 42 fueron devueltos de acuerdo con las instrucciones establecidas.

RESULTADOS

Los datos que aquí se presentan deben solo interpretarse como una aproximación, derivados de la prueba piloto efectuada, sin que puedan usarse como valores asociados al estudio psicométrico que la versión definitiva del cuestionario debe superar.

Componente de Hábitos

Estos reactivos describen el perfil e intensidad de la práctica de la actividad física de la muestra. De los 42 participantes, 8 no respondieron debido a que no practican actividad física. Se tratan de situaciones de carácter nominal que persiguen la descripción de las conductas y su frecuencia. Así, para estos ítems se ha analizado la distribución de frecuencias observadas al objeto de establecer hasta qué punto las categorías de respuesta daban lugar a distribuciones muy asimétricas o con anomalías que pusieran en cuestión el sistema de respuesta empleado. La tabla número 1 muestra los resultados obtenidos que permiten pensar en una adecuada distribución de respuestas.

1 Para consultar el cuestionario contactar con María Carbó: mariaadelessalinescc@blanquerna.url.edu

Tabla 1

Frecuencias obtenidas de los ítems y categorías de respuesta

Hábitos de Actividad Física	Frecuencia individual	% de cada categoría e ítem
Cómo practica AF		
Por su cuenta	1	2.9
Actividad organizada dentro del horario del centro	30	88.2
Actividad organizada desde el servicio pero realizada por profesionales externos y fuera del horario del centro	2	5.9
Actividad que comparte con la familia	1	2.9
Otros	0	
Lugares donde practica		
Instalaciones deportivas públicas	14	41.2
Instalaciones de un club o gimnasio privado	5	14.7
Instalaciones del servicio	3	8.8
Depende del deporte, en instalaciones comunitarias o en el centro	10	29.4
En casa	1	2.9
Espacios públicos al aire libre	1	2.9
Otros	0	
Desde cuando practica AF		
Más de 3 años	22	66.7
Entre 1 y 3 años	7	21.2
Menos de 1 año	4	12.1
Época del año que practica AF		
Durante todo el año	5	14.7
Durante todo el año (excepto verano y vacaciones)	29	85.3
Solo en verano	0	
Otros períodos	0	
Cuándo practica AF		
Entre semana	32	94.1
Fines de semana	1	2.9
Toda la semana	1	2.9
Frecuencia de la práctica de AF		
Tres veces o más por semana	10	30.3
Una o dos veces por semana	22	66.7
Una o dos veces por mes	1	3
Tiempo que dedica a la AF		
Menos de treinta minutos	1	2.9
Entre media hora hasta una hora	33	97.1
Más de una hora	0	
Con quién practica AF		
Solo, la mayoría de las veces	1	2.9
Con compañeros del servicio	31	91.2
Con algún familiar	1	2.9
Depende, a veces solo y a veces en grupo	1	2.9
Participa en Special Olympics		
Sí	7	20.6
No	27	79.4
Habla con el médico sobre su práctica de AF		
Sí, y lo tiene presente en el día a día	9	26.5
Sí, pero no lo tiene presente	6	17.6
No han hablado sobre el tema	5	14.7
No se sabe, no hay constancia	14	41.2
Lesión o problema de salud		
Sí, y no le permite realizar ningún tipo de AF	0	
Sí, pero solo le impide realizar determinados tipos de AF	11	32.4
No tiene ninguna lesión	21	61.8
No se sabe, no hay constancia	2	5.9

Componente de Percepción

Para esta parte del cuestionario y dado que se tratan de ítems formulados en escalas de Likert, se procedió a un mínimo estudio de fiabilidad desde la teoría Clásica de los Test, obteniéndose buenos resultados. En concreto un valor de α de Cronbach de .850, claramente indicativa de consistencia interna y unos valores de discriminabilidad de cada ítem que indica que la mayoría de ellos deben mantenerse en la versión final del cuestionario. Sin embargo, pese a estos resultados globales, el ítem 8 debe ser objeto de revisión debido que en la prueba piloto no ha funcionado como se esperaba. La tabla 2 muestra los resultados para este componente.

Tabla 2

Análisis de cada ítem con el total del componente de Percepción

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el centro	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	15.86	3.629	.825	.800
Ítem 2	16.10	3.690	.257	.858
Ítem 3	15.90	3.590	.597	.809
Ítem 4	15.86	3.629	.825	.800
Ítem 5	15.86	3.629	.825	.800
Ítem 6	15.95	3.448	.590	.804
Ítem 7	15.95	3.648	.428	.827
Ítem 8	16.48	4.162	-.017	.904
Ítem 9	16.14	3.329	.454	.824
Ítem 10	16.19	3.562	.294	.855

Componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo según la Persona con DI (Parte A)

La fiabilidad de este componente se calculó también mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para esta parte destinada a las personas con DI se obtuvo un valor de .803. Este resultado nos permite afirmar que los ítems miden de forma consistente los elementos que se pretenden estudiar. En la tabla 3 se muestra la necesidad de casi todos los ítems, con excepción del número 18 que deberá ser considerado para la versión final del cuestionario.

Tabla 3

Análisis de cada ítem con el total del componente Necesidades y Estrategias de Apoyo según la persona con DI

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el centro	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	23.95	14.213	.436	.791
Ítem 2	23.79	14.549	.325	.798
Ítem 3	23.92	14.561	.331	.798
Ítem 4	24.08	14.399	.451	.790
Ítem 5	24.08	14.777	.331	.797
Ítem 6	23.82	14.100	.447	.790
Ítem 7	23.89	13.610	.596	.780
Ítem 8	23.89	14.097	.456	.789
Ítem 9	24.05	13.565	.698	.775
Ítem 10	23.68	14.438	.372	.795
Ítem 11	24.03	14.297	.447	.790
Ítem 12	23.63	14.617	.339	.797
Ítem 13	23.42	15.872	.012	.813
Ítem 14	23.92	13.588	.610	.779
Ítem 15	24.16	14.785	.400	.794
Ítem 16	24.16	15.164	.264	.801
Ítem 17	24.03	13.756	.614	.780
Ítem 18	23.87	16.442	-.156	.829

Componente de Necesidades de Apoyo según la Persona con DI (Parte B)

En este caso, la prueba piloto no resultó suficiente para efectuar un análisis psicométrico convencional de manera que se optó por valorar de forma descriptiva cada uno de los reactivos definidos y asumir, a la vista de los datos de la parte A, que su comportamiento será adecuado con muestras de mayor tamaño.

Componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo según la Familia (Parte A)

Para esta parte se obtuvo un elevado coeficiente de fiabilidad, con un valor alfa de Cronbach de .821. En la tabla 4 se aprecia que tan solo el ítem 18 altera la consistencia interna, por lo que será revisado para la versión definitiva.

Tabla 4

Análisis de cada ítem con el total del componente Necesidades y Estrategias de Apoyo según la Familia

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el centro	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	22.65	13.679	.236	.822
Ítem 2	22.62	13.075	.424	.812
Ítem 3	22.65	13.123	.434	.811
Ítem 4	22.78	14.119	.207	.821
Ítem 5	22.62	13.464	.291	.819
Ítem 6	22.65	13.623	.255	.821
Ítem 7	22.49	11.979	.691	.794
Ítem 8	22.65	12.790	.557	.805
Ítem 9	22.59	12.748	.512	.807
Ítem 10	22.46	12.144	.625	.799
Ítem 11	22.41	13.359	.250	.823
Ítem 12	22.14	12.731	.479	.808
Ítem 13	21.86	14.231	.218	.821
Ítem 14	22.49	12.201	.619	.799
Ítem 15	22.57	13.197	.345	.816
Ítem 16	22.54	12.311	.616	.800
Ítem 17	22.46	12.089	.643	.797
Ítem 18	22.62	14.853	-.155	.842

Componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo según la Familia (parte B)

De la misma manera que en la parte B del componente anterior, no se obtuvieron suficientes datos para calcular el coeficiente de fiabilidad. Así, teniendo en cuenta la parte A, se asumió que con una muestra superior ser podrán llevar a cabo los análisis de las propiedades psicométricas de manera adecuada.

Componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo según el Profesional (Parte A)

El coeficiente de fiabilidad indicó también una elevada consistencia interna, con un valor alfa de .837. Los valores de discriminabilidad para cada ítem presentados en la tabla 5 indican que ninguno de ellos debería ser eliminado en la versión definitiva del cuestionario.

Tabla 5

Análisis de cada ítem con el total del componente Necesidades y Estrategias de Apoyo según el Profesional

		Varianza de la escala si se elimina el centro	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	21.45	12.362	.499	.825
Ítem 2	21.63	13.104	.388	.831
Ítem 3	21.61	13.110	.357	.833
Ítem 4	21.71	13.346	.430	.830
Ítem 5	21.58	12.737	.465	.827
Ítem 6	21.55	13.011	.348	.833
Ítem 7	21.42	11.872	.644	.816
Ítem 8	21.53	12.364	.547	.823
Ítem 9	21.71	14.103	.049	.843
Ítem 10	21.45	12.038	.602	.819
Ítem 11	21.61	12.624	.538	.824
Ítem 12	21.42	12.737	.373	.833
Ítem 13	20.87	13.631	.284	.835
Ítem 14	21.47	11.878	.671	.815
Ítem 15	21.63	12.996	.430	.829
Ítem 16	21.68	13.952	.099	.842
Ítem 17	21.58	12.413	.582	.821
Ítem 18	21.53	13.175	.279	.837

Componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo según el Profesional (Parte B)

Para este componente se pudo calcular el coeficiente de fiabilidad de la parte B, aunque el valor de alfa obtenido (.605) no resulta especialmente elevado. En este caso, es más que probable que un aumento del tamaño de la muestra permita obtener mejores resultados. La tabla número 6 muestra estos resultados con detalle, señalando algunos ítems como revisables, en especial los números 3 y 5.

Tabla 6

Análisis de cada ítem con el total del componente Necesidades y Estrategias de Apoyo según el Profesional (Parte B)

		Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Ítem 1	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 2	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 3	18.00	1.000	.866	.354
Ítem 4	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 5	18.00	1.000	.866	.354
Ítem 6	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 7	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 8	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 9	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 10	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 11	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 12	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 13	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 14	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 15	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 16	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 17	18.67	2.333	.000	.607
Ítem 18	18.33	1.333	.500	.531

CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos presentado la fase previa y piloto de construcción psicométrica de un instrumento que evalúa el nivel de práctica de actividad física de la persona con DI y su percepción sobre este tipo de actividades. Asimismo, identifica las necesidades y estrategias de apoyo que estas personas requieren para realizar actividad física que impacte en su calidad de vida de forma significativa.

Este instrumento ha sido construido en tres partes para recoger los elementos que en base a la literatura interfieren en la actividad física de las personas con DI (Frey et al. 2005; Heller et al. 2004; Peterson et al. 2009; Temple y Walkley, 2007). Las revisiones y valoraciones aportadas por los expertos garantizan que los componentes presentes en el cuestionario representan adecuadamente el contexto de estudio.

Debido a que estamos ante una prueba piloto y el tamaño de la muestra no es suficientemente grande no es posible presentar resultados definitivos en cuanto a las propiedades psicométricas. No obstante, exponemos una primera aproximación con las principales consideraciones que se pueden extraer.

En relación con el apartado dedicado a los Hábitos de Actividad Física, se ha analizado la distribución de frecuencias con la finalidad de valorar el sistema de respuesta empleado. En base a estos resultados, podemos identificar el comportamiento diferencial de los ítems incluidos y la necesidad de reordenar algunos de ellos, como por ejemplo la pregunta “*Cuándo practica AF*”, entre otras, por presentar una distribución de frecuencias muy sesgada en un número reducido de categorías. En el caso del componente de Percepción, se ha calculado la consistencia interna a partir del valor α de Cronbach. Los resultados obtenidos son altamente aceptables. No obstante, el ítem número 8 deberá someterse a revisión para la versión final del cuestionario.

Para el componente de Necesidades y Estrategias de Apoyo, se han analizado los valores α de las partes A y B de cada una de las versiones según el entrevistado (persona con DI, familia y profesional). En las partes A los ítems funcionan tal como se esperaba, con excepción del número 18 que será revisado con la finalidad de mejorar los resultados.

De las partes B, tan solo la parte destinada a los profesionales ha presentado suficientes datos para calcular el coeficiente de fiabilidad, aunque los valores obtenidos no pueden considerarse elevados. En efecto, para las partes B, se asume que los ítems funcionarían de forma adecuada con muestras de mayor tamaño.

Así, para la versión final del instrumento deberán tenerse en cuenta todos los ítems que su comportamiento no se ha ajustado al objetivo pretendido.

REFERENCIAS

- Draheim, C. C., Williams, D. P. y McCubbin, J. A. (2002). Prevalence of physical inactivity and recommended physical activity in community-based adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 40(6), 436-444.
- Frey, G. C., Buchanan, A. M. y Rosser Sandt, D. D. (2005). “I’d rather watch TV”: An examination of physical activity in adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 43(4), 241-254.
- García, M. (2006). *Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Gardner, J. F. y Carran, D. T. (2005). Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 43(3), 157-174.
- Heller, T., Hsieh, K. y Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(2), 175-185.
- Heller, T. y Prohaska, T. (2001). Exercise Perceptions Scale. En T. Heller, B. A. Marks y S. H. Ailey (Eds.), *Exercise and Nutrition Education Curriculum for Adults With*

- Developmental Disabilities*. Department of Disability and Human Development, University of Illinois at Chicago.
- Heller, T., Rimmer, J. H. y Rubin, S. (2001). Exercise Barriers Scale. En T. Heller, B. A. Marks y S. H. Ailey (Eds.), *Exercise and Nutrition Education Curriculum for Adults With Developmental Disabilities*. Department of Disability and Human Development, University of Illinois at Chicago.
- Horwitz, S. M., Kerker, B. D., Owens, P. L. y Zigler, E. (2000). *The health status and needs of individuals with mental retardation*. Washington, DC: Special Olympics.
- Jobling, A. (2001). Beyond sex and cooking: Health education for individuals with intellectual disability. *Mental Retardation*, 39(4), 310-321.
- Krahn, G.L., Hammond, L. y Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 70-82.
- Lee, M., Peterson, J. J. y Dixon, A. (2010). Rasch calibration of physical activity self-efficacy and social support scale for persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 903-913.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. et al. (2002). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (10ª ed.). Madrid: Alianza.
- Mahy, J., Shields, N., Taylor, N. F. y Dodd, K. J. (2010). Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Sown syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 795-805.
- Mann, J., Zhou, H., McDermott, S. y Poston, M.B. (2006). Healthy behavior change of adults with mental retardation: Attendance in a health promotion program. *American Journal on Mental Retardation*, 111(1), 62-73.
- Messent, P. R., Cooke, C. B. y Long, J. (1998). Daily physical activity in adults with mild and moderate learning disabilities: Is there enough? *Disability and Rehabilitation*, 20, 424-427.
- Messent, P. R., Cooke, C. B. y Long, J. (1999). Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 21(9), 409-419.
- Peterson, J. J., Peterson, N. A., Lowe, J. B. y Nothwehr, F. K. (2009). Promoting leisure physical activity participation among adults with intellectual disabilities: Validation of self-efficacy and social support scales. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 487-497.
- Pitetti, K. H., Rimmer, J. H. y Fernhall, B. (1993). Physical fitness and adults with mental retardation. An overview of current research and future directions. *Sports Medicine*, 16, 23-56.

- Pitetti, K. H., Yarmer, D. A. y Fernhall, B. (2001). Cardiovascular fitness and body composition of youth with and without mental retardation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 127-141.
- Rimmer, J. H. y Rowland, J. L. (2008). Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(5), 409-420.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S. y Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F. y Bradley, V. J. (2007). *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: FEAPS.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Bonham, G. S., Fantova, F. y van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes, organizational strategies, guidelines, and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 276-285.
- Stanish, H. I., Temple, V. A. y Frey, G. C. (2006). Health-promoting physical activity of adults with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 13-21.
- Temple, V. A. y Walkley, J. W. (2007). Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(1), 28-38.
- Temple, V. A., Frey, G. C. y Stanish, H. I. (2006). Physical activity of adults with mental retardation: review and research needs. *American Journal of Health Promotion*, 21, 2-12.

Manuscrito recibido: 13/11/2012

Manuscrito aceptado: 28/12/2012