



UNIVERSIDAD DE BURGOS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

***EL JUDO COMO MEDIACIÓN GENERADORA DE BIENESTAR  
Y AUTOESTIMA: CASO BIOGRÁFICO-NARRATIVO DE LAS  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE  
ASPAÑAS-BURGOS***

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por: D. José Manuel Arnáiz Zamanillo

Dirigida por: Dra. Dña. Carmen Palmero Cámara

Dr. D. Alfredo Jiménez Eguizábal

Burgos, 2009.



## **AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE TESIS**

(Artículo 8.1 del R.D. 778/98 de 30 de abril)

Dra. Dña. **CARMEN PALMERO CÁMARA**, con Documento Nacional de Identidad núm. 16.507.063-D, Profesora Titular de Universidad. Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos,

Dr. D. **ALFREDO JIMÉNEZ EGUIZÁBAL**, con Documento Nacional de Identidad núm. 16.510.044-T, Catedrático de Universidad. Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos.

Como directores de la Tesis Doctoral titulada:

**EL JUDO COMO MEDIACIÓN GENERADORA DE BIENESTAR Y AUTOESTIMA: CASO BIOGRÁFICO-NARRATIVO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE ASPANIAS-BURGOS,**

Presentada por:

D. José Manuel Arnáiz Zamanillo, alumno del Programa de Doctorado en Pedagogía Política, Curricular y Social, impartido por el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos,

**AUTORIZAN:** la presentación de la misma, considerando que reúne los requisitos técnico-conceptuales y metodológicos exigidos a todo trabajo de investigación que se presente para el acceso al grado de doctor.

Burgos, a 3 de julio de 2009

**LOS DIRECTORES DE LA TESIS**

**Fdo.: Carmen Palmero Cámara**

**Fdo.: Alfredo Jiménez Eguizábal**

**ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA  
UNIVERSIDAD DE BURGOS**



A la memoria de mis padres Asunción y Timoteo, porque sus enseñanzas en valores éticos y morales me han permitido seguir avanzando en la vida con dignidad y tesón.

A mi esposa Eli, por acompañarme en el trayecto de este trabajo y siempre.

A mis hijos Samuel y David, por su cariño y capacidad.

A todas las personas con discapacidad intelectual, por su valor y ejemplo.



# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS .....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	9
INTRODUCCIÓN .....	13
I.- Motivación .....	15
II. Planteamiento del problema.....	17
III. Contextualización y campo temático .....	20
IV. Objetivos de la investigación.....	22
V. Metodología.....	25
VI. Articulación de la tesis doctoral.....	28
VII. Agradecimientos.....	32
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO .....	35
Capítulo I: Historia Social de la Discapacidad Intelectual.....	37
1.- Necesidad de apoyos en la Discapacidad Intelectual.....	39
2.- Breve historia.....	41
2.1.- Neolítico e Historia Antigua .....	46
2.2.- Edad Media.....	54
2.3.- Edad Moderna. ....	59
2.4.- Edad Contemporánea.....	62
Capítulo II: Judo como deporte adaptado y generador de una vida con calidad .....	77
1.- Hacia el deporte adaptado .....	79
2.- Breve historia del Judo.....	84
3.- Judo Mental .....	92
3.1.- Psicopedagogía en el Judo mental. ....	94
4.- Análisis y valoración.....	101

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO BIOGRÁFICO-COMPARATIVO.....	105
Capítulo III: Proceso Metodológico .....	107
1.- Hacia una buena calidad de vida .....	109
2.- Problemas detectados.....	115
3.- Hipótesis planteadas .....	124
4.- Metodología.....	130
4.1.- Operacionalización de Variables .....	137
5.- Proceso de validación de hipótesis .....	141
5.1.- Método biográfico-narrativo.....	141
5.2.- Comparación de datos.....	154
6.- Participantes.....	157
Capítulo IV: Desarrollo de la Investigación .....	159
1.- Identificación de las características y capacidades personales.....	161
1.1.- Evaluación diagnóstica de la Conducta Adaptativa. ....	162
1.2.- Evaluación diagnóstica del nivel de autoestima .....	170
1.3.- Evaluación diagnóstica de los participantes del caso (DIP).....	185
1.4. Características generales de los participantes a investigar .....	247
2.- Propuesta de un modelo de programa de intervención (Judo Mental).....	249
2.1.- Objetivos y contenidos del programa.....	251
2.2.- Marco referencial del programa de intervención .....	252
2.2.1.- Indicadores de habilidades .....	260
2.2.1.1.- Competencia física .....	261
2.2.1.2.- Habilidades de vida independiente .....	265
2.2.1.3.- Habilidades cognitivas, comunicativas y académicas.....	267
2.2.1.4.- Competencia social .....	272
2.2.2.- Áreas y actividades de apoyo .....	275
2.2.2.1.- Actividades de desarrollo humano .....	276
2.2.2.2.- Actividades de enseñanza y educación.....	277
2.2.2.3.- Actividades de salud y seguridad.....	279
2.2.2.4.- Actividades conductuales.....	280
2.2.2.5.- Actividades sociales.....	282
2.2.2.6.- Actividades de protección y defensa.....	283
2.2.3.- Dimensiones e indicadores de Calidad de Vida. ....	283



2.2.3.1.- Bienestar emocional.....	286
2.2.3.2.- Relaciones interpersonales.....	287
2.2.3.3.- Desarrollo personal.....	288
2.2.3.4.- Bienestar físico.....	289
2.2.3.5.- Autodeterminación.....	290
2.2.3.6.- Inclusión social.....	291
2.3.- Metodología del programa de intervención.....	291
2.3.1.- Principios básicos de la enseñanza programada.....	292
2.3.1.1.- Principio de la participación activa.....	294
2.3.1.2.- Principio de las etapas breves.....	295
2.3.1.3.- Principio de progresión graduada.....	296
2.3.1.4.- Principio de la comprobación inmediata.....	297
2.3.1.5.- Principio de la personalidad del sujeto.....	297
2.3.1.6.- Principio de las respuestas correctas.....	298
2.3.2.- Integración de los fundamentos teórico-didácticos de la educación física al programa de intervención “Judo Mental”.....	299
2.3.2.1.- La percepción:.....	299
2.3.2.2.- La motricidad:.....	301
2.3.2.3.- Las relaciones con los demás.....	302
2.3.2.4.- La actitud postural.....	303
2.3.2.5.- La respiración.....	304
2.3.2.6.- La relajación.....	308
2.3.2.7.- El equilibrio.....	310
2.3.2.8.- Habilidades y destrezas.....	312
2.3.3.- Instrumentos complementarios.....	313
2.3.3.1- Estrategias educativas.....	314
2.3.3.2.- La aportación de la música.....	319
2.4.- Modelo de programa (Judo Mental).....	324
2.4.1.- Parte inicial.....	325
2.4.1.1.- Normas de respeto.....	325
2.4.1.2.- Recomendaciones de higiene y de trato hacia los demás.....	326
2.4.1.3.- Actividad de calentamiento.....	327
2.4.1.4.- Actividad de juego:.....	329
2.4.2.- Parte fundamental.....	333
2.4.2.1.- Actividad de Judo.....	333

2.4.3.- Parte final: .....	340
2.4.3.1.- Actividad de relajación muscular y mental: .....	340
2.4.4.- Evaluación.....	348
Capítulo V: Análisis de los Resultados .....	363
1.- Resultados.....	365
1.1.- Análisis cuantitativo de las habilidades adaptativas del grupo.....	366
1.1.1.- Datos obtenidos. ....	370
1.1.2.- Yuxtaposición de variables. ....	371
1.2.- Análisis cuantitativo del nivel de autoestima. ....	386
1.2.1.- Datos obtenidos .....	388
1.2.2.- Yuxtaposición de variables .....	393
1.3.- Análisis cualitativo de Calidad de Vida.....	422
1.3.1.- Datos obtenidos .....	422
1.4.- Análisis individual de los participantes del programa.....	425
Capítulo VI: Conclusiones .....	475
Fuentes documentales y referencias bibliográficas .....	501
ANEXOS	
ANEXO I. – Glosario de Judo .....	615
ANEXO II. – Cuestionario Rasgos de Comportamiento .....	635
ANEXO III. – Cuestionarios de Calidad de Vida.....	641
ANEXO IV. – Inventario de Autoestima .....	649

## ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Título de la tabla	Pág.
Tabla 1	Modalidades de deporte adaptado	82
Tabla 2	Diferentes cuestionarios sobre Calidad de Vida	115
Tabla 3	Operacionalización de las variables $a_1$ - $a_{13}$	138
Tabla 4	Operacionalización de las variables $b_1$ - $b_5$	139
Tabla 5	Operacionalización de las variables $c_1$ - $c_6$	140
Tabla 6	ICAP.-.AÑO 2004 (yudocas del caso biográfico-narrativo de ASPANIAS-BURGOS)	167
Tabla 7	Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso SDI)	179
Tabla 8	Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ y $b_4$ (Caso SDI)	180
Tabla 9	Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso DI)	180
Tabla 10	Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ y $b_4$ (Caso DI)	181
Tabla 11	Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso DIP)	181
Tabla 12	Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ y $b_4$ (Caso DIP)	182
Tabla 13	Objetivos y contenidos del programa de intervención "Judo Mental"	252
Tabla 14	Principios básicos de la enseñanza programada	294
Tabla 15	Programa de grados, propuesto para el programa de Judo MENTAL	350
Tabla 16	Comparación del ICAP-años 2004-2008 (yudocas del caso biográfico- Narrativo de ASPANIAS-BURGOS)	369
Tabla 17	Nivel de autoestima. Datos globales (Caso SDI)	386
Tabla 18	Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso SDI)	387
Tabla 19	Nivel de autoestima. Datos globales (Caso DI)	387
Tabla 20	Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso DI)	388
Tabla 21	Nivel de autoestima. Datos globales (Caso DIP)	388
Tabla 22	Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso DIP)	389
Tabla 23	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 101, 102 y 103)	395
Tabla 24	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 104, 105 y 106)	395
Tabla 25	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 107, 108 y 109)	396
Tabla 26	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 110, 111 y 112)	396
Tabla 27	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 113, 114 y 115)	397
Tabla 28	Totales de las variables ( $b_1$ , $b_2$ , $b_3$ , $b_4$ y $b_5$ ) (sujetos 116 y 117)	397



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº de gráfico	Título del gráfico	Pág.
Gráfico 1	Comparación de medias de la evaluación diagnóstica del nivel de Autoestima	183
Gráfico 2	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 101)	186
Gráfico 3	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 102)	190
Gráfico 4	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 103)	194
Gráfico 5	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 104)	198
Gráfico 6	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 105)	201
Gráfico 7	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 106)	205
Gráfico 8	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 107)	209
Gráfico 9	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 108)	213
Gráfico 10	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 109)	216
Gráfico 11	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 110)	220
Gráfico 12	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 111)	224
Gráfico 13	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 112)	227
Gráfico 14	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 113)	230
Gráfico 15	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 114)	234
Gráfico 16	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 115)	237
Gráfico 17	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 116)	241
Gráfico 18	Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 117)	245
Gráfico 19	Programa de intervención "Judo Mental"	250
Gráfico 20	Modelo teórico de retraso mental	257
Gráfico 21	Relación conducta adaptativa-Inteligencia	258
Gráfico 22	Integración de la multidimensionalidad de los constructos de Inteligencia y Conducta adaptativa	259
Gráfico 23	Dimensiones y e indicadores de calidad de vida	286
Gráfico 24	Promedios totales de la variables ( $a_1, a_2, a_3, a_4$ )	370
Gráfico 25	Evolución de la variable "destrezas motoras" ( $a_1$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	374
Gráfico 26	Evolución de la variable "destrezas motoras" ( $a_1$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 105, 108, 109 y 110)	374
Gráfico 27	Evolución de la variable "destrezas motoras" ( $a_1$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 111, 112, 113 y 115)	375
Gráfico 28	Evolución de la variable "destrezas motoras" ( $a_1$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 116 y 117)	375
Gráfico 29	Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" ( $a_2$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	376
Gráfico 30	Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" ( $a_2$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 105, 108, 109 y 110)	376
Gráfico 31	Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" ( $a_2$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 111, 112, 113 y 115)	377
Gráfico 32	Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" ( $a_2$ ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 116 y 117)	377

Nº de gráfico	Título del gráfico	Pág.
Gráfico 33	Evolución de la variable “destrezas vida personal” (a <sub>3</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	378
Gráfico 34	Evolución de la variable “destrezas vida personal” (a <sub>3</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 105, 108, 109 y 110)	378
Gráfico 35	Evolución de la variable “destrezas vida personal” (a <sub>3</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 111, 112, 113 y 115)	379
Gráfico 36	Evolución de la variable “destrezas vida personal” (a <sub>3</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 116 y 117)	379
Gráfico 37	Evolución de la variable “destrezas vida en la comunidad” (a <sub>4</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	380
Gráfico 38	Evolución de la variable “destrezas vida en la comunidad” (a <sub>4</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 105, 108, 109 y 110)	380
Gráfico 39	Evolución de la variable “destrezas vida en la comunidad” (a <sub>4</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 111, 112, 113 y 115)	381
Gráfico 40	Evolución de la variable “destrezas vida en la comunidad” (a <sub>4</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 116 y 117)	381
Gráfico 41	Evolución de la variable “Independencia general” (a <sub>13</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	382
Gráfico 42	Evolución de la variable “Independencia general” (a <sub>13</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 105, 108, 109 y 110)	382
Gráfico 43	Evolución de la variable “Independencia general” (a <sub>13</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 111, 112, 113 y 115)	383
Gráfico 44	Evolución de la variable “Independencia general” (a <sub>13</sub> ). Años 2004 y 2008 (Sujetos 116 y 117)	383
Gráfico 45	Evolución de la variable “General” (b <sub>1</sub> ) (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	398
Gráfico 46	Evolución de la variable “General” (b <sub>1</sub> ) (Sujetos 105, 106, 107 y 108)	399
Gráfico 47	Evolución de la variable “General” (b <sub>1</sub> ) (Sujetos 109, 110, 111 y 112)	399
Gráfico 48	Evolución de la variable “General” (b <sub>1</sub> ) (Sujetos 113, 114, 115 y 116)	400
Gráfico 49	Evolución de la variable “General” (b <sub>1</sub> ) (Sujeto 117)	400
Gráfico 50	Evolución de la variable “Social” (b <sub>2</sub> ) (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	401
Gráfico 51	Evolución de la variable “Social” (b <sub>2</sub> ) (Sujetos 105, 106, 107 y 108)	401
Gráfico 52	Evolución de la variable “Social” (b <sub>2</sub> ) (Sujetos 109, 110, 111 y 112)	402
Gráfico 53	Evolución de la variable “Social” (b <sub>2</sub> ) (Sujetos 113, 114, 115 y 116)	402
Gráfico 54	Evolución de la variable “Social” (b <sub>2</sub> ) (Sujeto 117)	403
Gráfico 55	Evolución de la variable “Familiar” (b <sub>3</sub> ) (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	403
Gráfico 56	Evolución de la variable “Familiar” (b <sub>3</sub> ) (Sujetos 105, 106, 107 y 108)	404
Gráfico 57	Evolución de la variable “Familiar” (b <sub>3</sub> ) (Sujetos 109, 110, 111 y 112)	404
Gráfico 58	Evolución de la variable “Familiar” (b <sub>3</sub> ) (Sujetos 113, 114, 115 y 116)	405
Gráfico 59	Evolución de la variable “Familiar” (b <sub>3</sub> ) (Sujeto 117)	405
Gráfico 60	Evolución de la variable “Laboral” (b <sub>4</sub> ) (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	406
Gráfico 61	Evolución de la variable “Laboral” (b <sub>4</sub> ) (Sujetos 105, 106, 107 y 108)	406
Gráfico 62	Evolución de la variable “Laboral” (b <sub>4</sub> ) (Sujetos 109, 110, 111 y 112)	407
Gráfico 63	Evolución de la variable “Laboral” (b <sub>4</sub> ) (Sujetos 113, 114, 115 y 116)	407
Gráfico 64	Evolución de la variable “Laboral” (b <sub>4</sub> ) (Sujeto 117)	408
Gráfico 65	Evolución de la variable “Total” (b <sub>5</sub> ) (Sujetos 101, 102, 103 y 104)	409

Nº de gráfico	Título del gráfico	Pág.
Gráfico 66	Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) (Sujetos 105, 106, 107 y 108)	409
Gráfico 67	Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) (Sujetos 109, 110, 111 y 112)	410
Gráfico 68	Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) (Sujetos 113, 114, 115 y 116)	410
Gráfico 69	Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) (Sujeto 117)	411
Gráfico 70	Comparación de medias de la variable "Total" ( $b_5$ ) de los casos (DIP, DI y SDI)	419
Gráfico 71	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 101)	481
Gráfico 72	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 102)	481
Gráfico 73	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 103)	482
Gráfico 74	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 104)	482
Gráfico 75	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 105)	483
Gráfico 76	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 106)	483
Gráfico 77	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 107)	484
Gráfico 78	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 108)	484
Gráfico 79	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 109)	485
Gráfico 80	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 110)	485
Gráfico 81	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 111)	486
Gráfico 82	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 112)	486
Gráfico 83	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 113)	487
Gráfico 84	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 114)	487
Gráfico 85	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 115)	488
Gráfico 86	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 116)	488
Gráfico 87	Evolución de la variables $a_1$ , $a_2$ , $a_3$ , $a_4$ , $a_{13}$ y $b_5$ (participante 117)	489





## INTRODUCCIÓN

I.- Motivación .....	15
II. Planteamiento del problema.....	17
III. Contextualización y campo temático .....	20
IV. Objetivos de la investigación.....	22
V. Metodología.....	25
VI. Articulación de la tesis doctoral.....	28
VII. Agradecimientos.....	32



## **I.- Motivación**

La investigación que aquí se presenta, titulada “**EL JUDO COMO MEDIACIÓN GENERADORA DE BIENESTAR Y AUTOESTIMA: CASO BIOGRÁFICO-NARRATIVO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DE ASPANIAS-BURGOS**”, se ha desarrollado en el marco del Doctorado en Pedagogía Política, Curricular y Social, que oferta el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos.

Este trabajo se genera en la interacción de tres ejes fundamentales:

a) La pretensión científica de contribuir a enriquecer los análisis más generales sobre cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, realizados por investigadores tan contribuyentes como Aguado, *et al.* (2006); Arostegui (1998, 2002); Branden (1991, 1993); Casado (2001); Cuesta (2008); García Alonso (2001, 2005); Gómez-Vela (2004); Gómez-Vela y Sabeh (2001); LLuch Canut (1999); Muntaner (1995, 2001); Ortiz Díaz (1988); Saura (1996); Schalock (1990b, 1995a); Verdugo y Gutiérrez (2001), entre otros.

b) Nuestro compromiso personal con la mejora de la calidad de vida de las personas diagnosticadas con síndromes muy heterogéneos y, que se agrupan bajo la rúbrica de la denominación actual de discapacidad

intelectual con apoyos determinados; a través de la práctica rigurosa y constante de actividades físicas diseñadas bajo la filosofía y la práctica del Judo. Compromiso adquirido durante la realización de las prácticas en la Asociación de Padres y Familiares de Personas con Discapacidad Intelectual (ASPANIAS-BURGOS), en los años de mi formación en Educación Especial y Pedagogía en la Universidad de Burgos.

c) Ayudar a la difusión de la vertiente mental<sup>1</sup>, muy poco utilizada en la actualidad, de una actividad educativa como el Judo, que se sustenta en grandes fundamentos psicopedagógicos y amplios valores éticos y morales (Carratalá, 1990; Kano, 1921; Moronta y Campos, 2006; Santos Nalda, 2003), a través de un modelo de intervención que pueda ser aplicado por profesionales del tiempo libre y del deporte. De este modo, otros muchos yudocas se verían beneficiados de una práctica educativa del Judo, generadora de bienestar personal.

La actividad física en una persona con discapacidad intelectual, para profesionales muy prestigiosos: Bofil Ródenas, A.M. (2008); Zijlstra, H. P. y Vlaskamp, C. (2005), entre otros, representa un papel muy importante en su desarrollo físico e intelectual. Permite, a estos sujetos, canalizar mejor sus conductas, encontrar su personalidad y saber superar con más facilidad las dificultades de relaciones con su entorno, con sus padres, hermanos y

---

<sup>1</sup> Más adelante se explica en profundidad esta vertiente, evidenciada por primera vez por el fundador del Judo el Dr. Kano en el año 1921.

amigos: porque ellos, gracias a la educación física, se van a considerar más importantes y capacitados para hacer lo mismo que los demás. Esto supone, en definitiva, una mejora significativa en su calidad de vida (Gallardo y Rodríguez, 2008; Gutiérrez Sanmartín, 2004).

## **II. Planteamiento del problema**

Como punto exploratorio de partida, y haciendo uso de una de las Nuevas Tecnologías de nuestros días, hemos mantenido diversos contactos, a través del correo electrónico con profesionales de Judo de toda España, relacionados con si en el gimnasio donde imparten docencia se encontraba alguna persona con discapacidad intelectual practicando Judo. La respuesta mayoritaria de estos profesionales fue contundente: en su gimnasio no había alumnos con discapacidad intelectual. Una minoría, nos respondieron que en sus clases de Judo se encontraban uno o dos alumnos, casi siempre con Síndrome de Down o discapacidad intelectual con una intensidad de apoyo intermitente, que debían hacer un gran esfuerzo para adaptarse a la clase, porque la clase no se podía adaptar a ellos: ya que esto suponía una merma importante en la preparación física del resto de yudocas.

Más tarde, tuvimos la oportunidad de participar en dos reuniones internacionales realizadas en Madrid en los años 2007 y 2008 (12<sup>a</sup> y 13<sup>a</sup>

Convención Internacional de Artes Marciales Budo Gala)<sup>2</sup>, donde se concentraron grandes Maestros del Budo. En ellas, pudimos conversar sobre sus experiencias más allá de nuestras fronteras, al tener más disponibilidad para observar de qué manera se imparte Judo en los gimnasios de los diferentes países donde imparten docencia. Con ello, queríamos corroborar lo anteriormente expuesto<sup>3</sup>.

En definitiva, no se tiene constancia de que en toda Europa, algún equipo de personas con discapacidad intelectual practique Judo en un contexto especial<sup>4</sup> y, tan heterogéneo como el que se propone en esta investigación. Aunque sí puede afirmarse que en Alicante a través del proyecto “Isabel Fernández”<sup>5</sup> aplican el Judo como juego, a un grupo de 10 personas con Síndrome Autista.

---

<sup>2</sup> Budo hace referencia a las artes marciales cuyo origen ha sido Japón.

<sup>3</sup> . Los Maestros consultados han sido: Santiago Sanchís, 10º Dan Jukaikido (Argentina); Juan Díaz, 10º Dan Kaisendo (España); Franz Knalf, 8º Dan Ju-Jutsu (Austria); Charlie Lenz, 8º Dan Ju-Jutsu (Suiza); José Luis Isidro, 8º Dan Kenkido (España); Antonio Enjuto, 8º Dan Ju-Jutsu (España); Raúl Gutiérrez, 8º Dan Kenpo (Chile); Pedro R. Dabauza, 7º Dan Judo y 7º Dan de Ju-Jutsu (España); Luis Fernando, 7º Dan Ju-Jutsu (Portugal); Antonio Montes, 6º Dan Taekwondo (España); Darío Dossio, 7º Dan Tai Jitsu (Españal); Karl H. Bergers, 6º Dan Ju Jutsu (Alemania); José Luis A. Herrera, 6º Dan Ju-Jutsu (España); Wladimiro Martín, 6º Dan Judo (España); Abilio Navarro, 6º Dan Judo (España); José Julio Gómez, 6º Dan Judo (España); Juan C. Álvarez, 6º Dan Kanjukempo (España); Jorge Cuevas, 6º Dan Ju-Jutsu (España); Fernando Gómez, 6º dan Ju-Jutsu; (España) y David Moronta, 4º Dan Ju-Jutsu y 3º Dan de Judo (España), entre otros.

<sup>4</sup> El cotexto especial hace referencia a un contexto donde todos los alumnos que están en él, son personas con discapacidad intelectual. El Maestro de este contexto tienen una formación idónea para ofrecer respuestas adecuadas a los problemas que se presenten en el mismo.

<sup>5</sup> Información extraída de <http://mara.blog.zm.nu/2007/02/27/el-Judo-mejora-la-conducta-de-los-autistas-segun-los-expertos/> (última consulta: 12 de diciembre de 2008).

Generalmente, el Judo se practica de una forma que tiene escasa relación con la propuesta en este trabajo de investigación, esto es, se toma como referencia la competitividad y desde edades muy tempranas (6-8 años), desarrollando las actividades físicas con vistas a la competición, dependiendo de la edad de los practicantes, unas veces como juego y otras, a través de un entrenamiento con cierta intensidad. Todo ello, sin tener en cuenta la adquisición de autoestima y las habilidades adaptativas que se pueden enseñar a través del Judo y que, en definitiva, conducen a mejorar el bienestar personal y la calidad de vida del que lo practica (Santos Nalda, 2003; Moronta y Campos, 2006).

Esto hace que una persona que presente discapacidad intelectual y quiera seguir una actividad física relacionada con el Judo durante un tiempo aconsejado, no va a tener ninguna oportunidad, ya que sólo tiene dos opciones: practicar Judo para competir con personas sin discapacidad, o incorporarse a sesiones de educación física, relacionadas con el Judo, donde su desarrollo está pensado y diseñado para personas sin discapacidad. En ambos casos, no se realiza una adaptación de la sesión a la persona con discapacidad intelectual; no se coloca como objetivo primordial la adquisición de habilidades adaptativas para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Ésta, es una realidad tal vez propiciada por la carencia de información y formación de todos los implicados en el tema: familiares, profesionales de Educación Especial y maestros del Judo, en cuanto a los argumentos psicopedagógicos que están inmersos en esta actividad educativa y a su capacidad para mejorar las conductas adaptativas de los yudocas.

### **III. Contextualización y campo temático**

La Educación Física contribuye al desarrollo de aquellas competencias en las que se sustentan la realización personal, la inclusión social, la ciudadanía activa y el empleo (competencias básicas). En los Reales Decretos de enseñanzas mínimas de Educación Primaria y ESO (MEC, 2006, 2007), se señala que el área de Educación Física contribuye de manera directa y clara al desarrollo de la competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico, y la competencia social y ciudadana.

Mediante la percepción e interacción del propio cuerpo con el espacio, los objetos y los compañeros, se propicia el desarrollo y adquisición de la competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico, mejorando los conocimientos, destrezas y posibilidades motrices. En el trabajo de esta competencia juegan un papel relevante los contenidos relacionados con la condición física orientada a la salud, en cuanto a la consecución de hábitos de vida saludable.



Para la competencia social y ciudadana, las actividades deportivas plantean situaciones especialmente favorables para su desarrollo. La dinámica en que se desarrollan, puede fomentar valores tales como la integración, la colaboración, la solidaridad y el respeto a los demás.

Por otra parte, propiciar calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual ha ido adquiriendo, en los últimos años, una importancia progresiva. Los cambios de actitud de los profesionales y los resultados personales obtenidos en diferentes investigaciones (Gómez-Vela, 2004; Schalock, 2001; Verdugo y Schalock, 2001, 2006), se basan en el propósito de reducir la exclusión social y la mejora de la calidad de vida de la persona, si se le ofrece un papel más activo, priorizando las capacidades y estrategias de mejora, frente a los déficits.

Por consiguiente, en este trabajo nos centramos en la posibilidad de mejorar estas competencias básicas, a través de una actividad física educativa, a un colectivo que por sus características personales tiene mermadas.

Así, de entre todas las posibilidades que tenemos a nuestro alcance, nuestra investigación se ciñe a las personas con discapacidad intelectual con o sin discapacidad física asociada, que necesita apoyos intermitentes o

limitados<sup>6</sup>, porque son personas que al ostentar un bajo nivel de autoestima les impide una buena relación con los demás (Haeussler y Milicic, 1998) y, porque presentan alguna dificultad en sus habilidades adaptativas que les obstaculiza, de alguna manera, su inclusión social y educativa, todo ello, mermando su calidad de vida (Montero, 1999a; Muntaner, 1995; Schalock, 2001).

#### **IV. Objetivos de la investigación**

El título de este trabajo sugiere la naturaleza y finalidad del mismo. Pretendemos describir y explicar cómo, a través de la práctica del Judo, podemos producir cambios en las conductas adaptativas y en el nivel de autoestima de personas que necesitan apoyos con una intensidad y frecuencia determinada por su discapacidad intelectual, mejorando su calidad de vida, siempre y cuando se realicen adaptaciones necesarias para poder utilizarlo como método de enseñanza-aprendizaje.

Por consiguiente, para tratar de alcanzar el desarrollo integral del yudoca discapacitado intelectualmente, proponemos el Judo con una base

---

<sup>6</sup> La American Association on Mental Retardation, ahora American Association Intellectual and Developmental Disabilities (AAID), en su décima edición recoge la intensidad de apoyos. Grado de apoyo intermitente: el sujeto necesita esporádicamente ayuda. Grado de apoyo de intensidad limitada: apoyo que necesita un sujeto que se caracteriza por tener un principio y un fin. Grado de apoyo de intensidad extensa: tiene que ver con que el sujeto necesita ayuda continuada por lo menos en dos áreas de las habilidades adaptativas. Grado de apoyo generalizado: el sujeto necesita para todo una persona a su lado.

educativa: actitudes, principios psicopedagógicos y valores éticos y morales. Modificamos el Judo en su metodología y sus técnicas, para que sirva de instrumento generador de calidad de vida, mediante la práctica continuada, y por medio de la aplicación de un programa de intervención, que ha sido diseñado, tras analizar la documentación especializada generada a lo largo del tiempo y con la experiencia que nos ha proporcionado nuestra formación tanto académica, como práctica.

Por otra parte, además de la posible relevancia de este trabajo, siempre abierto a ser perfeccionado, es preciso destacar que bajo la óptica de la investigación tratamos de descubrir cómo incide la aplicación de un programa de intervención educativa, con el Judo como fundamento ideológico principal, en el bienestar de personas con discapacidad intelectual con apoyos intermitentes o limitados; analizando por un lado, la narrativa de los sujetos a través de preguntas relacionadas con el tema, como fenómeno de lo que vamos a investigar, método de investigación y uso para mejorar la realidad; y por otro lado, a través de un estudio comparativo, en su fase diagnóstica, entre recogidas de datos con otros casos que no han seguido el programa (grupo control) y la muestra sujeta a investigación (grupo experimental), con el fin de poder llegar a proponer un modelo de actividad física novedosa e innovadora, que sirva de referente a los futuros investigadores en este tema y a los profesionales de los centros especiales,

como instrumento utilizable por los profesionales de Judo que lo estimen oportuno.

De este modo, la génesis de esta investigación se sitúa en la proposición de ofrecer un cambio, en cuanto a la más que recurrente y cotidiana práctica de realizar actividades físicas de Judo con personas con discapacidad intelectual, dentro de un contexto normalizado y con miras únicamente hacia la ocupación de un espacio en su tiempo de ocio. Así pues, los alumnos con discapacidad intelectual que suelen acceder a este arte marcial son individuos escogidos de entre los más capacitados de su grupo: esto evita excesivas complicaciones de un monitor, que en la mayoría de los casos dirige a estos sujetos, sin formación específica adecuada en Pedagogía o Psicología, y Educación Especial.

Para nosotros, este proceso tiene tres graves deficiencias: a) no acceden al Judo las personas con discapacidad intelectual que más necesitan mejorar, tanto su condición física como intelectual; b) no existe ningún programa guía de intervención que dirija y apoye a la interacción psicopedagógica del Maestro y; c) las pocas personas que acceden al contexto, lo hacen sin los apoyos específicos necesarios y supervisados por personal cualificado.

Por lo cual, de este modo, este tipo de actividad física, aunque reconocemos que la práctica de cualquier deporte es sana, no conduce a la

mejora de ningún aspecto importante de la calidad de vida de las personas que intervienen en la misma: ya que la clave del éxito no está en que se repitan actos físicos de manera automática, en todo caso, en que los actores sean conscientes del por qué realizan actividades físicas y qué les aporta, en cuanto a bienestar personal se refiere. La práctica física no debe ser el fin, sino más bien, el instrumento para conseguir objetivos físicos, psicológicos y sociales.

## **V. Metodología**

Considerando dos puntos, a nuestro juicio fundamentales, como son la innovación y la necesidad de aportar datos en un campo yermo y en parte silente, iniciamos la apasionante tarea de describir la situación actual de las personas que van a ser nuestros alumnos durante un tiempo (sujetos con discapacidad intelectual) y qué tipo de apoyos necesitan; el diseño y desarrollo de un programa de intervención que nos proporcione el instrumento para la consecución de los objetivos propuestos y; los cambios que se van produciendo durante y al final de la interacción del programa, en el bienestar personal y en la autoestima de estos individuos.

Nuestras pretensiones por el interés del trabajo de investigación, los objetivos propuestos, las variables presentadas, las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos, se han dirigido hacia su convergencia con los intereses de los alumnos, sujetos a estudio. De este modo, los alumnos han

sido integrados activamente en el propio trabajo empírico y conocedores de toda la información obtenida a lo largo de la investigación, aunque esto no significa que hayan tenido que adoptar el rol de co-investigadores.

Nuestra investigación está sujeta, en gran medida, a los datos que nos han ofrecido los análisis extraídos: por un lado, de la observación de un estudio de campo que ha consistido en la interacción entre el profesional encargado de llevar a cabo el trabajo y los individuos sujetos a investigación, durante cinco años; y por otro, de la narración de los propios individuos y los test propuestos para esta investigación. Ésta, ha sido una tarea que comenzó con una evaluación diagnóstica, continuó con el diseño de un programa de intervención, siguió con la intervención propiamente dicha y terminó con una evaluación final que nos ha ofrecido la posibilidad de obtener algunas conclusiones y determinar nuestro grado de satisfacción de todo el proceso. Nuestras hipótesis relacionan la mejora del nivel de autoestima de los sujetos, el cambio de su conducta adaptativa y su bienestar, con la práctica del Judo adaptado como un método de entrenamiento físico y mental.

El estudio se ha realizado en un espacio de tiempo de cinco años, sobre un colectivo de 17 sujetos y en un contexto especial. Aunque en la actualidad tenemos inmersos en nuestro programa a 52 personas, creemos necesario no incluir a todos, por no disponer de toda la información

necesaria para presentar unos resultados rigurosos, ya que no ha pasado el tiempo aconsejado de interacción con el Judo, como para poder realizar las comparaciones oportunas de los datos de las distintas variables. Resultados que han pretendido ser objetivos como conclusión de una investigación biográfico-narrativa, donde el agente se ha interpretado a sí mismo. Otros datos extraídos al comparar resultados parciales, han servido como complemento a las conclusiones finales.

La adaptación del Judo se ha ofrecido a través de una interacción multidisciplinar: Judo, Psicología, Pedagogía, Medicina y Educación Especial, llegando a desarrollar un programa de Judo adaptado (Judo Mental) único modelo en Europa, según nuestras indagaciones a fecha de la finalización del trabajo.

No podemos terminar este apartado sin expresar un sentimiento de impotencia por las limitaciones de este trabajo: por un lado, no se ha podido comprobar los beneficios de la interacción del programa de intervención en todas y cada una de las dimensiones de la calidad de vida del sujeto de investigación y; por otro, no hemos tenido modelos de referencia que nos hubiesen orientado en algunas fases del proceso. De este modo, el cambio y adaptación de las estrategias educativas, ha sido una constante durante estos cinco años, siempre basadas en la observación y reflexión programada en cada intervención, hasta llegar a la incorporación de las más adecuadas

para nuestro programa. La frecuencia de la interacción del programa ha sido suficiente para poder validar las hipótesis de partida.

## **VI. Articulación de la tesis doctoral**

De acuerdo con estos supuestos teóricos y metodológicos, nuestra investigación presenta la siguiente articulación:

En la primera parte, exponemos el marco histórico-social que condiciona el tema de estudio (capítulos I y II). En el capítulo I, se recoge una breve revisión histórica de las concepciones de la Discapacidad Intelectual y lo que ha supuesto el trato social ejercido, para la calidad de vida de las personas que presentan esta condición. Para la realización de este recorrido histórico, hemos seguido un paradigma clásico, dividido en cuatro apartados, porque consideramos que de esta forma se aprecia con más claridad el proceso evolutivo del tema: Neolítico e Historia Antigua, Edad Media, Edad Moderna y Edad Contemporánea. Esto, nos ha permitido conocer la naturaleza de los sujetos que componen el caso a investigar, la visión que de ellos ha tenido la sociedad y por consiguiente, su calidad de vida. También se propone la importancia que tiene el bienestar personal y la autoestima en la calidad de vida del caso sujeto a estudio, promovida por la mejora de sus habilidades adaptativas.

En el capítulo II, se presenta la interrelación entre la psicopedagogía y la práctica del Judo, encaminada hacia la transformación del Judo tradicional



en Judo adaptado. Consideramos que para que nuestras hipótesis tengan validez, es imprescindible conocer a fondo las posibilidades que este arte marcial como ofrecimiento práctico al colectivo sujeto a investigación; escoger las técnicas adecuadas y conocer la forma de cómo se deben presentar a un colectivo con distintas capacidades y diferentes apoyos. Para poder comprender el por qué de la elección de un arte marcial como el Judo, es preciso hacer una breve incursión en la historia del Judo y en sus componentes psicopedagógicos: elementos que hemos tenido presentes a la hora de diseñar las sesiones educativas con coherencia y altamente estructuradas, y que más adelante se explicarán con detalle.

La segunda parte del trabajo hace referencia a la metodología de la investigación, en nuestro caso: el método biográfico-narrativo<sup>7</sup>, que se complementa con una comparación<sup>8</sup> entre distintas recogidas de datos de casos (capítulos III y IV). De este modo, en el capítulo III se formulan los problemas encontrados, para una persona con apoyos intermitentes o limitados, al tener una baja autoestima; la determinación de las hipótesis y; la metodología empleada en el trabajo. Dentro de esta metodología, fijamos la operacionalización de las variables que admitimos para su control, la recogida de los datos y los instrumentos utilizados para este fin. Exponer los métodos que vamos a usar y por qué han sido éstos y no otros los utilizados,

---

<sup>7</sup> Bolívar, Domingo y Fernández (1997, 2001); Connelly y Clandinin (1995); Domingo y Bolívar (1996); Heberman (1998); McEwan y Egan (1998); Zeller (1998).

<sup>8</sup> Caïs (1997); Colino (2004); Bereday (1968); Ferrer (2002); García Garrido (1986).

ofrece una clara idea de la adecuada utilización de la metodología propuesta.

La comparación de datos nos permite observar cómo la realidad de su entorno familiar y social se transforma, a medida que va desarrollándose el programa de intervención, siempre a través de la mirada del actor. Esta comparación aporta datos complementarios y nos ofrece la necesaria perspectiva para dar fiabilidad a las hipótesis planteadas.

En el capítulo IV, se presenta el desarrollo de la investigación. Así, se identifican las características y capacidades personales del caso objeto de la investigación. Para nosotros, es de vital importancia conocer tanto sus capacidades, como sus discapacidades, pues ésta, es la cimentación sobre la que se sustenta nuestro trabajo. Después realizamos una evaluación de las habilidades adaptativas, a través de un Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP) (Bruininks *et al.*, 1986), adaptado y validado por Montero (1993) y otra evaluación del nivel de autoestima por medio de un Inventario de Autoestima (Coopersmith, 1967), adaptado y validado por Brinkmann, Segure y Solar (1989). Estas evaluaciones, nos permiten llevar a cabo un diagnóstico individual de los sujetos inmersos en los diferentes casos de nuestro trabajo.

También se explicita con detalle el modelo de programa de intervención diseñado por el autor de este trabajo, que ha permitido, durante 5 años,

ofrecer un entrenamiento adecuado a personas con discapacidad intelectual, en la resolución de situaciones-problema dentro de la práctica del Judo y su posible generalización a la vida cotidiana, haciendo uso de las bases psicopedagógicas, sobre las cuales se soporta el Judo adaptado y, su correlación con el aumento del nivel de autoestima y en las dimensiones e indicadores de su calidad de vida.

En el capítulo V se recogen el análisis de los resultados y en el VI las principales conclusiones que han ido surgiendo a lo largo de la trayectoria de la investigación que, aunque sistemático en su elaboración, presentamos con la prudencia que debe caracterizar al investigador que se inicia en estas tareas.

Entre las fuentes primarias, hemos utilizado fuentes impresas que la Asociación ASPANIAS-Burgos conserva en sus archivos tales como: historias clínicas, expedientes personales, test de conducta adaptativa y test de rasgos de personalidad de los usuarios<sup>9</sup>, entre otras.

Por último, hemos utilizado bibliografía especializada en el tema, prensa tanto general como profesional, a nivel nacional y local y, los testimonios orales que constituyen un bloque de informes de protagonistas que han servido para verificar los cambios producidos en hábitos de higiene,

---

<sup>9</sup> Información tratada respetando todos los principios legales y de confidencialidad y privacidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

de salud, de seguridad personal, de relación con los demás, de aceptación de reglas y de participación y colaboración en actividades grupales.

Un apartado de anexos con finalidad ilustrativa y de documentación complementaria, cierra la articulación del contenido.

## VII. Agradecimientos

Al concluir este trabajo de investigación, sentimos la imperiosa necesidad de agradecer la ayuda de muchas personas, siempre inestimable. No quisiéramos olvidarnos de nadie, pero si es el caso, rogamos nos disculpen.

En primer lugar y de forma especial, doy las gracias a los directores de este trabajo, la **Dra. Carmen Palmero Cámara**, y el **Dr. Alfredo Jiménez Eguizábal** y por su continua docencia y dedicación, por haber tenido fe en este proyecto y, por ofrecerme una gran autonomía en el trabajo: condición y estado que considero imprescindibles para la finalidad del mismo.

También tengo que agradecer a **M<sup>a</sup> Isabel García Alonso** que me situó en el punto de partida de este apasionante trabajo: sus conocimientos en Historia de la Discapacidad Intelectual me han servido de gran utilidad.

De igual forma, agradecer a todo el personal profesional de ASPANIAS (Burgos), por su grandiosa colaboración: **Concha Peña, Vanesa Calderón,**

**Gregorio Camarero, José Luis Ortúñez, Juan Carlos Rodríguez, Juan Luis Rodríguez y Javier Sáez Royuela**, entre otros.

Por último, agradezco a mis alumnos yudocas: **Virginia, María José, Vicky, Cristina E., Ana Rosa, Pilar, Inés, Cristina, Loli, Nieves, Alicia, Alba, Ana, Sandra, Natalia, Paula, María, Lidia, Rosa, Alberto, Pedro, David, Juan, Víctor V., David H., Diego, Gonzalo, Chema, Víctor, José Luis, Chencho, Domingo, Jonathan, Eliseo, Antonio, Mario, Javier, Eusebio, Héctor, Justo, Manuel, Matías, Ismael, Oscar, Daniel, Ramiro, Juan, Sergio, Edgar, René, Juan y Jorge**, por su amistad y cooperación en este trabajo de investigación, porque de otra manera nunca se hubiera podido emprender, al ser ellos los principales actores del apasionante trabajo.



## **PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO**





## **Capítulo I: Historia Social de la Discapacidad Intelectual**

1.- Necesidad de apoyos en la discapacidad intelectual.....	39
2.- Breve historia.....	41
2.1.- Neolítico e Historia Antigua .....	46
2.2.- Edad Media.....	54
2.3.- Edad Moderna. ....	59
2.4.- Edad Contemporánea .....	62



## **1.- Necesidad de apoyos en la Discapacidad Intelectual**

Antes de acometer el trabajo empírico de nuestra investigación y que nos ha aportado los datos necesarios para validar las hipótesis propuestas, es imprescindible interrogarnos a cerca de: ¿Qué es la discapacidad intelectual? y ¿Cómo se ha llegado a la situación social actual de las personas que presentan esta singularidad?, en definitiva, su conceptualización.

La Discapacidad Intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, entre otras. A menudo, junto a limitaciones específicas coexisten potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.

La discapacidad intelectual, aunque muchas veces no está relacionada con la enfermedad mental, por estar condicionada a enfermedades neurodegenerativas, accidentes craneoencefálicos, enfermedades que dejan secuelas cognitivas y vejez prematura, presenta dificultades en las capacidades intelectuales de la persona: razonamiento, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, ritmo en la adquisición de conocimientos y aprendizaje de la experiencia (multidimensionalidad). Esto, provoca, por un lado, que se trate de un grupo de personas muy

heterogéneo; factores biológicos, sociales, conductuales o educacionales, interactúan afectando el comportamiento de la persona (Ayuso y Martorell, 2005), y por otro, que la calidad de vida de la persona que ostenta esta discapacidad, se vea afectada considerablemente, de forma negativa (Gómez-Vela, 2004; Verdugo y Gutiérrez, 2001).

Siguiendo a AAID (2002), el proceso de evaluación en la discapacidad intelectual comprende tres funciones diferentes: diagnóstico (determina la elegibilidad de una persona para ser considerada discapacitada intelectualmente); clasificación (identifica los puntos fuertes y limitaciones) y; planificación de los apoyos (identifica el tipo y la intensidad de los apoyos necesarios para mejorar el funcionamiento de la persona).

En nuestro caso, nos adentramos en los apoyos necesarios para el individuo, tratando de adaptar el programa de intervención con el que vamos a interactuar, a los apoyos requeridos; ya que, al ser personal usuario de una asociación especializada, los procesos de diagnóstico y clasificación ya los tienen convenientemente definidos. Con ello, tratamos de conseguir una determinada habilidad conductual en un individuo particular.

Si es importante conocer qué tipos de apoyos necesitan estas personas, no menos importante es tener en consideración la intensidad, en medida de tiempo, que se debe poner en cada apoyo.

En este sentido y continuando con la propuesta de la AAID, los apoyos son recursos y estrategias destinadas a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, y a incrementar el funcionamiento individual. Así, ASPANIAS, recoge de la premisa propuesta por la AAID, de que si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento del individuo mejoraría notablemente.

## **2.- Breve historia**

Conocer cómo ha sido conceptualizada y comprendida la discapacidad intelectual a lo largo de la historia; cuáles han sido los papeles asignados a estas personas; qué tipo de tratamientos se les ha aplicado; cómo ha afectado estos tratamientos a su calidad de vida; y qué factores han impulsado los avances y retrocesos, nos ha facilitado la comprensión necesaria para poder llevar a la práctica nuestro trabajo empírico con rigor.

La preocupación por la conducta “anormal” ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones. Se puede decir que los intentos de explicación de dichas conductas han estado siempre presentes, entendiendo que una de las actividades y motivaciones básicas del hombre ha consistido, siempre, en buscar explicaciones causales para entender lo que ocurre a su alrededor. Tratar de describir, exhaustivamente, el tránsito de la discapacidad intelectual por la sociedad, atravesando todas sus etapas

históricas no resulta, en este estudio, esencial; considerando que los múltiples cambios sufridos a lo largo de la historia nos llevarían a enfrentarnos a un problema bastante complejo para la finalidad de este trabajo.

Desde que el hombre es hombre ha tenido que convivir con otros congéneres con más o menos capacidades intelectuales y, debido fundamentalmente a la necesidad que ha tenido siempre de agruparse para cazar o para defenderse de sus enemigos, el trato ofrecido a una persona con discapacidad intelectual, por la sociedad en la que ha estado inmerso, ha atravesado por innumerables etapas que describiremos de una manera esquematizada, procurando la comprensión del punto de partida de este trabajo; si bien, somos conscientes de que en todas las épocas que vamos a referir, han existido tratamientos activos y pasivos que han afectado de una manera significativas a personas conceptualizadas con términos muy diversos y casi siempre de carácter peyorativo, marcando claramente lo negativo: idiota (tonto, corto de entendimiento), imbécil (alelado, escaso de razón), subnormal (que tiene una capacidad intelectual notablemente inferior a lo normal), deficiente mental (falto o incompleto intelectualmente), minusválido psíquico (dicho de una persona Incapacitada, por lesión

congénita o adquirida, para ciertos trabajos, movimientos, deportes, etc.), entre otras<sup>10</sup> (Muntaner, 1995, 2001).

La discapacidad intelectual es, en esencia, un fenómeno determinado socio-culturalmente que, casi con toda probabilidad, empezó a manifestarse desde los principios de la humanidad. Cualquier tipo de sociedad ha estado constituida por miembros más capaces y por otros, con menos capacidades. Como ya hemos mencionado anteriormente, el hombre desde sus orígenes ha tenido la necesidad de socializarse, apareciendo así, posiblemente, los primeros conatos de discriminación social hacia las personas más débiles. Scheerenberger (1984) indica que los homínidos que vivieron hace 2.000.000 de años, a sus congéneres que evidenciaban una discapacidad intelectual leve se les destinaban los trabajos de recolección de frutos y hierbas, mientras que los demás disfrutaban de la caza; dado que, las personas con algún problema mental no estaban lo suficientemente capacitados para realizar una actividad que requería fuerza e ingenio.

Es sumamente complicado constituir la concepción sobre la conducta “anormal” con anterioridad a la existencia de documentos escritos. (García Alonso, 2001) apunta que en los tiempos prehistóricos, las explicaciones sobre la naturaleza y la vida estaban dominadas por metáforas

---

<sup>10</sup> Aceptaciones extraídas del Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en <http://rae.es> (última consulta: 12 de febrero de 2009).

sobrenaturales, míticas y místicas, no existiendo límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza.

Sin embargo, a través de la Paleopatología y la Medicina Prehistórica se puede corroborar la existencia de diversos tipos de enfermedades desde las épocas más remotas de la humanidad. La primera, ha evidenciado que ya en la prehistoria existían patologías que hoy podríamos incluir en las siguientes categorías: anomalías congénitas, trastornos, lesiones inflamatorias, carenciales y degenerativas, entre otras.

En el estudio del cráneo de una menor hallado en la *Sima de los huesos* en el yacimiento de Atapuerca (Burgos), se ha comprobado que hace 530.000 años ya existía la enfermedad llamada craneosinostosis<sup>11</sup> y que estas personas eran asistidas por sus congéneres; puesto que, en el estudio se ha podido observar, que esta niña se produjo la malformación entre la semana 28 y 34 de gestación y fue de origen traumático: la madre o el feto sufrieron un golpe. Está claro que si esta niña llegó a vivir hasta los 10 años, tal como se ha demostrado, es porque la cuidaron como a cualquier

---

<sup>11</sup> Malformación congénita derivada de la fusión prematura de una de las suturas del cráneo. Se trata de una patología poco frecuente en la población humana actual, con menos de 6 casos cada 200.000 nacimientos.



otro niño e incluso tuvo diligencias especiales, lo qué habla de un comportamiento muy humano (Gracia, *et al.*, 2009)<sup>12</sup>.

Por su parte, Ruiz Fernández (2002), advierte que la medicina prehistórica también ha explicado la existencia de otras enfermedades como lesiones de cráneos del *homo habilis*, osteomielitis en el cráneo de Broken Hill, sordera en un cráneo encontrado en Atapuerca o lesiones de guerra.

Pero estos hechos no tienen significado en sí mismos, si no se explicita su causalidad, es decir: el por qué de la existencia de dichas enfermedades. En este sentido, Sendrail (1983) indica que la invención de un mundo de espíritus, proporcionó al hombre de la época prehistórica una explicación a todos los fenómenos inusuales y asombrosos, atribuyendo los hechos favorables a las acciones de los buenos espíritus, y los sucesos desfavorables a la intervención de espíritus malignos. Esta creencia ha estado presente en prácticamente todas las culturas de la humanidad: los trastornos físicos y mentales encontraban su explicación en la existencia de un espíritu que entraba en el cuerpo, y lograba apoderarse de los sentidos, lenguaje y acciones del individuo.

---

<sup>12</sup> El estudio, se publica en la edición digital de la prestigiosa revista científica *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)* y está coordinado por Ana Gracia, del Centro UCM-ISCIH de Evolución y Comportamiento Humanos, en colaboración con Juan Luis Arsuaga (Director del centro), Ignacio Martínez, Carlos Lorenzo (Universidad Rovira i Virgili), José Miguel Carretero (Universidad de Burgos), José María Bermúdez de Castro (Centro Nacional de Investigación de la Evolución Humana) y Eudald Carbonell (Universidad Rovira i Virgili). Documento disponible en: <http://www.pnas.org/search?fulltext=ana++gracia&go.x=0&go.y=0&go=GO&submit=yes> (última consulta: 31 de marzo de 2009)

## **2.1.- Neolítico e Historia Antigua**

Para no extender en exceso esta exposición histórica, y al no disponer de datos fiables suficientes, vamos a avanzar en el tiempo. Así, establecemos como punto de inicio documental el periodo neolítico, por constituirse en referencia de un cambio tecnológico: la aparición entre los útiles prehistóricos del utillaje de la piedra pulimentada.

En esta época, revela Scheerenberger (1984), fue cuando el hombre buscó nuevas soluciones a sus males mentales a través del hechicero o brujo. La creencia en el animismo era frecuente, dando muerte a los niños deformes recién nacidos, al pensar que cuando se está poseído por algún espíritu, al morir, se puede volver a reencarnar en un hombre sano.

También la trepanación (extracción de pequeñas secciones circulares de hueso de la parte alta del cráneo) en las personas aquejadas de trastornos mentales se constituía en hábito cotidiano, siendo, junto con la circuncisión, una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas conocidas. Aunque el primer cráneo trepanado fue descubierto en 1685 por Montfaucon en Cocherel, fue el antropólogo Prunières, quien, después de encontrar un pedazo de parietal en un dolmen de Lozère en 1873, utilizó por primera vez el término de “trepanación”. Asimismo, en otros países de Europa, Asia y norte de África, se han encontrado evidencias de esta práctica en seres vivos, con intenciones terapéuticas (Aguado, 1995). Posiblemente, alguna de

las razones de estas trepanaciones fuese la de expulsar, de esta forma, los demonios en las personas aquejadas con algún tipo de trastorno mental. En cualquier caso, el hallazgo de estas prácticas pone de manifiesto la consideración de la cabeza, ya desde tiempos remotos, como lugar privilegiado en relación con las emociones, la voluntad y la conducta (Ortiz Díaz, 1995).

En la Historia Antigua, los países del Próximo Oriente: Mesopotamia, Egipto y Palestina, sentaron los cimientos para el desarrollo de nuestra civilización occidental; pero, ante tanto progreso cultural, político y social (inventores de la rueda, la polea, la tuerca, la cuña, el vidrio, el papel, el calendario, el reloj y el plano inclinado, nuevo sistema de regadío, primeros pictogramas sumerios), en tocante a las personas con discapacidad intelectual sólo se limitaron a adoptar e incluso ampliar las prácticas de sus predecesores. En Mesopotamia, los trastornos mentales se concebían como un castigo de Dios o una posesión de los espíritus del mal; por lo cual, estos males eran impuros y debían ser tratados por curanderos o hechiceros<sup>13</sup>.

En Egipto, aun cuando existen sospechas de que se practicaban sacrificios humanos y la curación espiritual se mantenía como fuerza dominante, las personas con discapacidad intelectual eran utilizadas como mano de obra para atender campos, construir pirámides o ir a la guerra.

---

<sup>13</sup> Información disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Portal:Psiquiatr%C3%ADa> (última consulta: 22 de enero de 2008).

Aguado (1995) indica que médicos egipcios proponían en sus escritos la creencia de que las enfermedades y los trastornos mentales debían atribuirse a la acción de Dios o espíritus del mal. Esta época, era conocida como “era del exterminio”, por el tratamiento que se daba a estas personas.

En el periodo homérico (1300-1100 a.C.) Odiseo, Rey de Ítaca, observaba que el hombre malo no era aquel que se excedía en la bebida o mataba, sino el cobarde, estúpido o débil. Sánchez de Amo (2003) señala que en esta época, era frecuente el infanticidio, los malos tratos y la venta de niños como esclavos. Los espartanos, si apreciaban malformaciones en los recién nacidos, les abandonaban en una cueva cerca del macizo Taigeto o los arrojaban directamente monte abajo, estrellándose contra las rocas del fondo. Las leyes de Licurgo permitían este despeñamiento.

Homero, en su obra “*La Ilíada*” describe así a un guerrero llamado Tersites, repudiado por ser el hombre más feo y despreciable de los aqueos que lucharon ante Troya (pueblo de la antigua Grecia y nombre utilizado por Homero para designar a los griegos que sitiaron Troya) (Alsina, 1980:31).

*“Era el hombre más feo que había llegado hasta Troya: bizco, y cojo de un pie; los dos hombros tenía encorvados contrayéndose sobre su pecho, además, puntiaguda la cabeza, cubierta por una pelambre muy rala...”*

En este ciclo de tiempo, se creía que la locura era un hecho sobrenatural, que se producía por un castigo de los dioses, a un trasgresor

de las leyes divinas o porque un espíritu invadía el cuerpo del individuo. En consecuencia, el tratamiento consistía en la realización de ceremonias rituales religiosas: exorcismos, sacrificios y otras; es decir, a lo mágico se lo trataba con lo mágico (Roccatagliata, 1986). En el VI canto de la *Ilíada* se explica, que la miseria melancólica de Belerofonte se debía al abandono de éste por parte de las potencias sobrenaturales que, desamparado por los dioses, no tenía más remedio que esperar a conseguir recobrar la benevolencia divina (Alsina, 1980).

Siguiendo la obra de Scheerenberger (1984) podemos observar, que siglos después, fueron los propios griegos quienes descendieron la locura de lo divino a lo humano. Fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista biológico, separando el estudio de la mente de la religión. Hay que destacar, ya en el siglo VI a.C., al discípulo de Pitágoras, Alcmeón de Crotón, quien había sentado el primer peldaño en el estudio de las enfermedades mentales. Fue el primero que relacionó lo mental con el cerebro, al descubrir, por disección, que ciertas vías sensoriales terminan en el encéfalo, elaborando una teoría de la desarmonía como causa de enfermedad. Para Alcmeón, el hombre se distingue de los demás animales por su inteligencia; los animales sienten, pero no entienden: el cerebro es el centro de la vida sensorial y psíquica. Entendía la salud como el equilibrio entre las diversas cualidades del organismo; así, la enfermedad es el resultante del desequilibrio entre estas cualidades.

Empédocles (490-430 a.C.), sugirió la “teoría de los cuatro humores” sobre la base de los cuatro elementos (fuego, tierra, aire y agua), que se correspondían a cuatro cualidades (calor, sequedad, frío y humedad), postulando para cada elemento un humor orgánico y un lugar en el cuerpo. De esta forma, la sangre corresponde al corazón, la flema al cerebro, la bilis amarilla al hígado y la bilis negra al bazo. Coto, Gómez-Fontanil y Belloch (1995) revelan que defendía la enfermedad como producto de un desequilibrio entre los humores; por lo cual, el tratamiento se realizaba por medio de drogas cuyas cualidades eran opuestas al humor que provocaba dicho desequilibrio.

Mas tarde, Hipócrates (460-377 a.C.) amplió la teoría de Empédocles acerca de cuatro elementos, y enseñaba que existía una relación entre los líquidos del cuerpo y las estaciones del año, junto con variaciones de cada líquido correspondiente a las diferencias entre las estaciones. Postulaba que los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades originadas en el cerebro. Para él, la conducta o el pensamiento de una persona en estado enajenado, se debía a algún tipo de patología cerebral (Roccatagliata, 1986). Esta teoría se convirtió en un dogma fundamental de la doctrina médica de Galeno, en el Siglo II.

Portuondo (2003) realiza una generalización, determinando que las aportaciones griegas fueron muchas y positivas, que mejoraron el trato a las

personas con deficiencia mental al considerarla como enfermedad biológica y natural, pasando de lo sobrenatural a lo natural o biológico.

También Roma, desde su fundación (800 a.C.) hasta la caída del imperio (476 d.C.) produjo grandes cambios, derivados fundamentalmente por la cantidad de formas de gobierno que se implantaron: monarquías, oligarquías, aristocracias, democracias, gobiernos revolucionarios y dictaduras. Loredó Abdalá (2008), apunta que el trato ejercido hacia las personas con discapacidad intelectual en este periodo tan largo, fue como sus formas de gobierno, muy variado y difícil de describir, aunque es de suponer que con tantas guerras como hubo, los romanos eran de todo menos caritativos y solidarios con sus congéneres con limitaciones.

Aunque Octavio Augusto (63 a.C.-14 d.C.)<sup>14</sup>, fue uno de los que más obras de caridad realizó, -por algo le llamaban “el humanitario”-, a su muerte ganó auge el infanticidio de nuevo, abandonando la filosofía de generosidad que Augusto y su esposa Livia habían practicado a lo largo de su mandato. Scheerenberger (1984) indica que, en la época, los padres se deshacían del hijo que presentaba malformación en alguna parte de su cuerpo o que había nacido bajo un mal augurio, y una tercera persona le recogía por compasión, pero mutilándole en uno de sus miembros para utilizarle como mendigo, ahorrándose de esta forma su educación. Todo ello, con el beneplácito de

---

<sup>14</sup> Primer emperador romano que gobernó Roma desde el año 27 a.C. hasta su muerte,

los filósofos de la época que justificaban esta práctica aduciendo que era mejor que dejarles morir.

Uno de los grandes teóricos y prácticos de la época fue Galeno (129-201), que llegó a la conclusión de que Platón, Aristóteles e Hipócrates estaban equivocados en sus planteamientos; afirmando que no sólo es importante la cantidad de la sustancia cerebral, sino también su calidad. Así, según él, la imbecilidad era consecuencia de la pérdida de calidad de dicha sustancia (Alexander y Selesnick, 1970; Arostegui, 2002).

Otro médico influyente de la época fue Sorano de Efeso (93-138), griego y padre de la ginecología y la pediatría, asentado en Roma entre los años 110 y 130. Aguado, 1995), señala que su obra sobre las enfermedades crónicas, contiene capítulos muy interesantes sobre la naturaleza y tratamiento de la manía y la melancolía como entidades distintas, pero que compartían síntomas prodrómicos y requerían tratamientos similares. Su interés por los discapacitados y enfermos mentales le llevó a oponerse enérgicamente al tratamiento que recibían en esos años. En su propio hospital atendía enfermos mentales y deficientes con tratamientos de reposo, lectura y participación en representaciones teatrales; nada que ver con la actitud de Celso (30 a.C.-50 d.C.), un escritor competente que despreciaba a los enfermos mentales, sobre todo a los más afectados. Defendía la “hipótesis del miedo”: castigo con privación de alimentos,



cadenas y grilletes y que, lamentablemente, de una forma u otra se ha seguido aplicando este cruel tratamiento, hasta bien entrado el siglo XX.

Por consiguiente, tanto la actitud romana, como la griega, hacia la salud y la enfermedad eran, en algunos aspectos, similares: los enfermos desahuciados y deformes, recibían pocas atenciones humanitarias. Scheerenberger (1984), denuncia que algunos de los Concilios que tienen lugar antes de la caída del imperio romano ponen de referencia el mal trato ofrecido a las personas con problemas graves: el de Ancira (año 314), el de Nicea (año 325) y el de Vaison (año 442) defienden en sus disposiciones, el no abandono a los niños, enfermos, pobres y vagabundos, salvo si estas personas son deformes o enfermos graves.

La actitud de la sociedad de la época hacia las personas con discapacidad intelectual dependía en exceso de la actitud de sus gobernantes. Si tenemos que reflejar que la mayor parte de las prácticas que se han aplicado a los deficientes, en la antigüedad clásica, han persistido, por desgracia, a lo largo de los siglos (infanticidio, malos tratos, esclavitud, mutilación para la mendicidad y otros). También es de justicia reconocer que unos pocos pioneros de la época, fueron introduciendo importantes innovaciones, considerando la discapacidad intelectual como fenómeno natural.

En la obra de Aguado (1995), se evidencia que si por una parte existía una actitud pasiva: en Grecia (Esparta y Atenas), se practicaba el infanticidio de débiles y deformes, con el beneplácito de personajes de la época como Platón y Aristóteles; también en Roma se ejercía estas prácticas: Séneca y Celso eran partidarios de castigar severamente a los deficientes. Por otra parte, existía una actitud activa: en Grecia emerge el enfoque naturalista, con un trato mucho más humanitario y con Hipócrates a la cabeza. En Roma, personajes como Augusto, Vespasiano, Trajano y Asclepiades de Prusa potenciaban el tratamiento humano a enfermos, deficientes y epilépticos. Sorano de Efeso y los Concilios proponen el hospedaje de enfermos mentales y discapacitados, en asilos y hospitales.

Como conclusión valorativa, García Alonso (2001) señala que las personas con deficiencia mental recibieron un variadísimo trato y que, en contraste, coexistieron unas prácticas cargadas de brutalidad (infanticidio, esclavitud, malos tratos), con otras de carácter más natural, las cuales abrieron paso a nuevas y desconocidas posibilidades.

## **2.2.- Edad Media.**

En Europa, durante la Edad Media, la postura más frecuente respecto a los enfermos mentales era considerarlos pecadores castigados por Dios, y por ello era negado su acceso a los hospitales, eran rechazados, olvidados e incluso temidos (García Díez, 2007). Muchas personas con enfermedad

mental o deficientes son exhibidos en mercados. Carlomagno (742-814) decreta que los niños abandonados sean esclavos de quien se los encuentre. Así, muchos niños con discapacidad se convierten en esclavos o ingresan en asilos y orfanatos (Kanner, 1964). Cuando la locura del enfermo llegaba a un fanatismo religioso, la sociedad le consideraba santo y como tal era venerado, pero si el individuo evidenciaba violencia, se le interpretaba como poseído por el demonio y era encerrado en cárceles, leproserías o albergues para pobres, donde se le privaba de alimento, llegando incluso a la muerte por ello (Scheerenberger, 1984).

El *Malleus Maleficarum* (el martillo de los brujos) escrito por los monjes dominicos alemanes Sprenger y Kraemar en 1486, ya establece que cuando una persona enferma no mejora con medicamentos, la enfermedad es producto del demonio (Boring, 1978). De esta forma, muchas personas de la época aquejados de discapacidad intelectual o epilepsia son exterminados; el “tratamiento” prescrito para la enfermedad mental fue la tortura. Aún si se llegaba a la muerte por la cremación, era considerado como un acto de piedad para “liberar el alma del desdichado”.

De los demás personajes de la época, hay que resaltar a Avicena, quién planteó en la clasificación de las enfermedades mentales, incluir el término “amencia” para designar el retraso mental. Gutiérrez Zuloaga (1997) resalta que también propuso tratamientos para enfermedades como la

meningitis y la hidrocefalia. Defendía que el cerebro del hombre “flemático” que era demasiado húmedo y generaba retraso mental, pero si estas personas eran debidamente instruidas, podían hacer ciertos progresos intelectuales. Reconoció distintos niveles de funcionamiento intelectual y era conocedor de la influencia que tenían las lesiones cerebrales en el habla y en la memoria. En su obra “Libro de la Curación” propone la realización de un tratamiento específico del lenguaje a través de ejercicios físicos.

Los árabes creían que los enfermos mentales eran protegidos de Alá, cuya misión en este mundo era decir la verdad, teniendo en consecuencia una actitud de protección hacia ellos. Fueron además quienes recuperaron para occidente las obras de los griegos, sobre todo la de Hipócrates y Galeno (Alexander y Selesnick, 1970). Mahoma (569-622), prohíbe el infanticidio y recomienda que se les trate más humanitariamente. Durante todo este periodo, se había hablado de pasiones en vez de emociones; lo que explica, en cierta manera, la actitud que toman muchos protagonistas de esta etapa.

La terminología de la época ofrece una percepción perfecta de los actos de la sociedad sobre las personas con discapacidad intelectual y enfermos mentales. Carrillo Cosano (2000) señala que en este periodo se utilizaba “puro idiota de nacimiento” (*purus ydiota a nativitate*) introducido por Eduardo I de Inglaterra (1239-1307) o “mentecato” (*ydicto et mente captum*)

empleado por Felipe el Hermoso de Francia (1268-1314) para referirse a los que carecen de capacidad para gobernar sus bienes. Terminología que denota, claramente, la marginalidad del momento. El idiota de nacimiento se relacionaba con la falta permanente de la capacidad mental mientras que un lunático era potencialmente susceptible de recuperar sus facultades. Sólo por puro interés, la familia procuraba que a la persona con discapacidad intelectual se le clasificase como lunático en vez de idiota, ya que de otra forma era despojado de sus bienes por la Corona de la época.

Paracelso (1493-1541) defendía que las enfermedades mentales no tenían relación con el diablo, estableciendo estados diferenciales (grados) entre los trastornos mentales. Esteban Santos (2003) en su exposición de Paracelso como alquimista, argumenta que aunque realiza un duro ataque a las ideas clásicas y escolásticas sobre la naturaleza de la materia, sigue adoptando la teoría de los cuatro elementos aristotélicos e incluye tres elementos nuevos: azufre o alma, mercurio o espíritu y sal o cuerpo (doctrina llamada *tria prima*). Tenía su propio concepto de la sanación basada en el tratamiento de las enfermedades con sustancias minerales transformadas alquímicamente, consistente en el reconocimiento de la íntima unión de los tres elementos que conforman la totalidad del hombre: espíritu, alma y cuerpo.

Las obras de médicos como Paracelso y Feliz de Platter (1536-1614) ilustra cómo la enfermedad mental era correctamente identificada por los facultativos de la época, pero considerada intratable e incurable. Así, muchos niños con discapacidad intelectual fueron atendidos por el Estado y la Iglesia en instituciones de beneficencia subvencionada; aparecen los primeros hospitales que ofrecen asilo a los deficientes mentales: en 1377 el “Bethlem Royal Hospital” de Londres recibe los primeros enfermos mentales. Así mismo, el “Hospital Mansur” de El Cairo supone un sistema de atención a enfermos y deficientes, excepcional. (Vallejo Ruiloba, 1992). En Valencia en 1409, se crea el primer hospital europeo “hospital de los santos mártires” para enfermos mentales por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. Mas tarde, desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y con posterioridad fueron surgiendo otros en Europa. El término “afecto” fue sustituyendo al de “pasión”. En este sentido, Luis Vives, en el Tercer Libro de *De anima et vita*, reconoce la importancia de las emociones en los procesos educativos (Santolaria, 1997)

Pérez de Urbel (1973) relata, como en Burgos, en el Monasterio de San Salvador de Oña, a Pedro Ponce de León (1520-1584), monje benedictino, se le ocurre enseñar a hablar a un sordo mediante la atenta observación de los movimientos de los labios, rompiendo con la concepción de inmutabilidad e inmodificabilidad que hasta entonces se atribuía a las personas sordas.

Como ha quedado indicado, las prácticas relacionadas con la discapacidad intelectual variaron considerablemente, una vez más, durante toda la época. En contraposición al trato humanitario ejercido en los hospitales españoles, en la ciudad de Hamburgo se encerraban a las personas con retraso mental en una torre, que denominaron “jaula de la idiotas”. En la mayoría de las zonas rurales de Europa, es probable que estas personas trabajasen duramente al lado de sus padres, por mandato del noble o señor feudal dueño de las tierras; en cambio en las ciudades eran recluidos en sus casas o en internados, teniendo que vivir de la mendicidad (Mollat, 1988).

### **2.3.- Edad Moderna.**

La primera revolución en salud mental se extiende desde finales del siglo XVII hasta finales del siglo XIX y se produce al amparo del renacimiento, que ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento al debilitarse el feudalismo y el papado. (Portuondo, 2003) señala que la discapacidad intelectual fue considerada como una forma de locura hasta 1689, en que John Locke (1632-1704); filósofo y médico francés, establece por primera vez una clara distinción entre el retraso mental y otras enfermedades mentales, lo cual contribuyó a un estudio más profundo del tema.

Durante los siglos XVII y XVIII (Ortiz Díaz, 1995), la mayoría de la población vive en la miseria, sólo hay lujo para unos pocos y abunda la mendicidad en las ciudades. Los discapacitados intelectuales y enfermos mentales se mezclan con los mendigos al ser abandonados por sus familias. En los orfanatos, manicomios y cárceles se aplican los malos tratos, llegando incluso a la muerte.

Así, hasta bien avanzado el siglo XVII se seguía tratando espiritualmente a la deficiencia mental; si bien la medicina en general dio pasos significativos, en lo referente a la discapacidad intelectual no fue tan obvio este avance. Aunque más adelante, comienza a ser contemplada fuera de la superstición y de los enfoques dogmáticos. Al disminuir la autoridad del clero con las reformas políticas, se cierran muchas instituciones benéficas y el estado se hace cargo de esas competencias (Aguado, 1995). Esta reforma tampoco supone un cambio importante para los discapacitados intelectuales; en muchas ciudades europeas se les asigna el papel social de “tontos del pueblo”, “bufones” o “consejeros”. Con el humanismo, se seguían aplicando las hogueras de la Inquisición para la adquisición demoníaca, ofreciendo un papel dual contradictorio.



A finales de 1700 comienzan a aparecer los primeros tratados sobre las enfermedades mentales<sup>15</sup> y se va abriendo paso, poco a poco, una concepción de su tratamiento más humanitaria; se trata de evitar la represión y segregación de los enfermos mentales.

Felipe Pinel (1745-1826), médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Publicó, en 1801, su obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, siendo, quizás, el mejor compendio de los conocimientos acumulados a finales del siglo XVIII (Rumbaut, 1972).

Dio un gran impulso en el cambio del destino de los pacientes psiquiátricos y postuló una concepción filosófica humanista. Estableció prácticas que condujeron a un sistema más humano para el tratamiento de las personas con trastornos mentales, reconociendo la utilidad y necesidad de la ocupación para el mantenimiento de la salud. Quitó las cadenas a los locos; este gesto no sólo contribuyó al comienzo de una verdadera reforma asistencial, sino que vino a representar simbólicamente la ruptura de los prejuicios teológicos-morales que imperaron durante siglos.

---

<sup>15</sup> Discapacidad intelectual (Síndrome Down, por ejemplo) y enfermedad mental (Esquizofrenia, entre otras) no es lo mismo, aunque las dos pueden presentarse en la misma persona. A diferencia de la enfermedad mental, la discapacidad intelectual siempre se asocia a una capacidad intelectual limitada, se presenta antes de los 18 años de edad, y es una condición permanente. Por el contrario, la enfermedad mental no está vinculada a un nivel particular de inteligencia, puede presentarse en una persona a cualquier edad, y por lo frecuente es temporal y tratable.

Los siglos XVII y XVIII, que representan históricamente los periodos de la "Razón y las Luces", se caracterizan por la expansión de los horizontes humanos y por un mayor respeto y confianza en la fuerza de la razón humana; constituyen un puente entre el pensamiento renacentista y el reconocimiento de la deficiencia mental como entidad con derecho propio.

#### **2.4.- Edad Contemporánea**

La discapacidad intelectual y la enfermedad mental han acompañado a la humanidad a lo largo de toda la historia, siguiendo caminos paralelos. Si Pinel no conseguía diferenciar una de otra, Esquirol (1772-1840). Psiquiatra francés y discípulo de Pinel, plantea por primera vez la definición de "idiota" en 1818, como un déficit intelectual de origen orgánico e incurable. En 1845 se publicó su obra: *Enfermedades mentales: tratado de la locura*, en la que propone dos niveles de retraso: la imbecilidad y la idiocia, con subclases basadas en el habla y el lenguaje (Carofile, 1997). Esquirol aportó la diferenciación entre el retraso mental (amencia) y la enfermedad mental (demencia); la demencia implicaba una pérdida de funcionamiento intelectual, No obstante en la amencia ese funcionamiento nunca había existido. También es importante subrayar su coherencia terminológica, oportuna en ese momento, ya que existían infinidad de términos: amencia, imbecilitas, fatuitas, morosis, salvaje y demencia, para referirse a personas con menos capacidades de adaptación que el resto (Ruiz Fernández, 2002).

Sin embargo, la idiocia, según la clasificación de Onésime Edouard Seguin (1812-1889)<sup>16</sup>, publicó el primer tratado sobre la deficiencia. Este estudio científico aportó claves importantes para la comprensión de la naturaleza de la discapacidad intelectual, se toma conciencia de las múltiples causas y niveles de discapacidad intelectual y se va unificando el criterio diagnóstico gracias a los test de inteligencia (Muntaner, 1995).

Otros personajes importantes de la época son: Samuel Howe (1801-1876), Médico que desarrolla nuevos métodos de enseñanza para personas con ceguera y sordera. Crea el Instituto Perkins en EE. UU. Es defensor de los derechos de los retrasados mentales e impedidos; María Montessori (1870-1952), Médica Psiquiatra, influida por los trabajos de Itard y Seguin, desarrolla programas educativos destinados a la educación de niños con discapacidad intelectual, basados en el dibujo y juego libre. Considera la deficiencia intelectual como un problema pedagógico; Ovidio Decroly (1871-1922), Médico y psicólogo, defiende la educación en el medio ambiente natural. Su método se aplica a la enseñanza general. También considera la deficiencia mental como un problema pedagógico (Gutiérrez, Maldonado

---

<sup>16</sup> Médico y pedagogo franco americano y la autoridad más versada en discapacidad intelectual durante la primera mitad del siglo XIX, comprendía probablemente a los individuos con intensidad de apoyos extenso y generalizado. estuvo más preocupado por la terapéutica que por la etiología o la patología de los individuos con discapacidad intelectual, al considerar que la mayoría de los idiotas podían ser curados de sus incapacidades en medida más o menos completa por el método fisiológico de la educación. Fue el padre de la educación especial para discapacitados intelectuales; el verdadero gran reformador de las instituciones para personal con retraso mental y el precursor de la *American Association on Mental Deficiency*, asociación nacida de la necesidad de reunión de los colegas superintendentes de Seguin para comunicarse sus experiencias. (Roccatagliata, 1986)

Mendoza y Zamorano Serrano, 1988); L.S. Vigotski estudió a determinados niños mediante un método verdaderamente científico, profundizó en su esencia y criticó las teorías descriptivas o comparativas con las personas normales. Aportó sus valiosos criterios acerca de la Zona de Desarrollo Próximo y los conceptos defecto primario y secundario y; Edgar Doll que propone que la deficiencia o retraso mental se refiere a la incompetencia social, debido a la subnormalidad mental, como consecuencia de haberse detenido el desarrollo, es de origen congénito, y esencialmente incurable.

El siglo XIX constituye la era del progreso: en los años 40-50, la psicología empieza a cuestionar el innatismo e incurabilidad de la discapacidad intelectual y se piensa que existe un componente ambiental que se puede trabajar para mejorar. Se desarrollan nuevas metodologías que favorecen una mayor atención a los discapacitados intelectuales (García Alonso, 2001). En los años siguientes, segunda mitad del siglo, conviven dos corrientes contrapuestas: la continuidad de un tratamiento exclusivamente médico y asistencial, y, la línea educativa de Gaspard Itard (1774-1838), Médico francés precursor de una serie de métodos educativos, que aplicó a Víctor, el niño salvaje de Aveyron encontrado en 1798 con 11 o 12 años en estado semisalvaje, para intentar despertar sus sentidos, su “humanidad dormida” como lo denominaba él y la de Seguin, basada en una pedagogía curativa y rehabilitadora (Ruiz Fernández, 2002).

Así, aparece John Langdon Down (1826-1896)<sup>17</sup>, defendiendo la causa de la discapacidad intelectual y la necesidad de una educación especial, criticando duramente a sus colegas médicos cuando manifestaban que eran los propios afectados quienes superarían tal situación, sin necesidad de ayuda (Margret Winzer, 1993). El término imbécil lo reserva para el enfermo mental y hace una clasificación de la idiocia en tres grupos etiológicos:

- Congénita: idiotas: origen hereditario.
- Accidental: idiotas y débiles mentales: causas traumáticas.
- Del desarrollo: débiles mentales: causas ambientales.

Durante el siglo XIX, el trato otorgado por la sociedad europea occidental a los discapacitados intelectuales no había sufrido ningún cambio respecto a cien años atrás (Morel, 1987), seguía existiendo la figura del “tonto de pueblo”. Si el discapacitado intelectual, después de recibir malos tratos, se había vuelto “frenético” era encadenado en el sótano de un hospicio o atado a la pata de una mesa; ahora bien, si su locura era inofensiva, se le dejaba vagabundear semidesnudo y desfallecido por las calles, expuesto a las burlas de los demás.

Los discapacitados intelectuales que trabajaban en el campo, lo hacían de sol a sol. Mientras que, los que habitaban en la ciudad, si no trabajaban

---

<sup>17</sup> Conocido por la descripción del síndrome que lleva su nombre.

por ser pobres, eran detenidos por la policía y llevados a orfanatos, correccionales, cárceles o manicomios, donde se les privaba de aire puro, luz y agua, y se les colocaba collares, cinturones de hierro y grilletes en las manos y los pies (Scheerenberger, 1984). Algunos eran atados a la pared mediante una cadena corta. Según Down, muchos de los niños con discapacidad intelectual si tenían suerte de nacer en una familia con una posición económica desahogada, eran mantenidos en secreto en sus casas por sus padres, ocultándoles a la vista pública; de esta forma evitaban sufrir los castigos y las vejaciones que se practicaban habitualmente en los orfanatos.

En el Reino Unido (Ruiz Fernández, 2002), estas personas carecían de derechos civiles, no podían hacer uso de sus propiedades; ni ser representado por un abogado; no se les permitía votar; ni ser miembro del parlamento; ni prestar declaración como testigo; y si se casaban podía ser anulado su matrimonio, produciéndose una gran injusticia pues estos derechos que anteriormente se reconocían, se pierden con el desarrollo de la legislación inglesa. En 1887, William Wetherspoon Ireland (1832-1909), publica: *On Idiocy and Imbecilly*, el primer tratado verdaderamente exhaustivo sobre la deficiencia mental que comprende materias como definición, etiología, incidencia, educación y legislación. Distingue entre idiocia y demencia y entre imbecilidad (grado menor) e idiocia (grado mayor).

Ya en el siglo XX la discapacidad intelectual se distingue claramente de la enfermedad mental; dos tipos de afecciones que habían sido confundidas por el vulgo hasta entonces. Se toma conciencia de las múltiples causas y niveles de retraso, y gracias al desarrollo de los test de inteligencia se unifica el criterio diagnóstico. A raíz de éste, numerosos autores plantean diferentes definiciones sobre la discapacidad intelectual (García García, 1988c). Por primera vez aparece el discapacitado intelectual como tal discapacitado, pero en su condición de persona. Muchas voces elevaron tu tono para exigir innovaciones políticas que creasen un sistema más humanitario y responsable.

Durante el transcurso del siglo XX se han propuesto muchas teorías pedagógicas y psicológicas, pero ninguna ha tenido tanta importancia como el método fisiológico de Seguin, viendo de esta forma la influencia que tuvo su obra publicada en 1886: *La idiocia y su tratamiento según el método fisiológico*. (Kanner, 1964; Osorio Gullón, 1973). Esta teoría y las prácticas son totalizadoras, comprendiendo desde ejercicios pasivos para los discapacitados intelectuales menos capaces, hasta la formación académica y el empleo vocacional para los individuos más capaces.

Alfred Binet (1857-1921) y Teodoro Simón (1873-1911). Psicólogos franceses, en 1905 establecieron una escala de pruebas, revisadas y mejoradas por el propio Binet en 1908 y 1911, que explicaban las variables

de inteligencia existentes entre los adultos retrasados (Pelechano y Garrido, 1975). Esta escala consistía en una serie de problemas destinados a medir la inteligencia general, donde los diferentes ítems estaban graduados según el nivel de edad al que la media de los niños podía resolverlo. La puntuación de un niño, basada en el número de respuestas correctas, marcaba la llamada “Edad Mental” del niño, que, dividida entre la edad cronológica, permitía obtener un índice (el “*cociente intelectual*”) que, multiplicado por cien, sigue siendo la medida típica de los test de inteligencia general. Así, según los criterios que propuso Binet, si la Edad Mental resultaba 2 o más años menor que la Edad Cronológica, había retraso mental.

La introducción de estos test de inteligencia, homologados en Estados Unidos por Henry Herbert Goddard (1866-1957), Fred Kuhlmann (1876-1941), Lewis Madison Terman (1877-1956) (eminentes investigadores en evaluación mental y psicología) y otros, vinieron a modificar, en cierta medida, el estado de las cosas. Así, pronto aparecieron varios test de inteligencia: el test de laberintos de S.D. Porteus, entre otros.

Doll en 1936 midió conductas adaptativas a través de la “Escala de Madurez Social de Vineland”, y en 1941 y 1953, propuso una definición que enfatizaba la incurabilidad de la persona, pero que ofrece cuatro criterios que continúan en las definiciones actuales: a) incompetencia social, b) debida a



subnormalidad mental, c) que se produce con una detención del desarrollo y d) prevalece en la madurez (García Alonso, 2001).

A partir de 1959, las propuestas de la AAID, punto referencial desde su fundación en 1876 para todos los profesionales relacionados con la discapacidad intelectual (Verdugo, 2003), relegan la concepción biológica a un segundo plano y marcan la pauta de la concepción vigente más aceptada.

Así, después de irse sucediendo diversas denominaciones, que al ir adquiriendo un cierto matiz negativo o incluso discriminatorio se han venido sustituyendo por otras nuevas, hemos llegado a los cambios producidos en los últimos 30 años, en relación a su concepción y al modelo de atención social que se les debe prestar a las personas que la padecen, alcanzando en la actualidad el nuevo paradigma explicativo y utilizado por la mayoría de los profesionales (Cuesta, 2008). Hoy, esta concepción es más amplia, entendiendo que la discapacidad intelectual indica la existencia de áreas en las que la persona necesita apoyos (Alomar, 2007; Canovas y Pardavila, 2004). Esta nueva visión hace que la discapacidad intelectual no sea sólo un diagnóstico, sino una puerta abierta para ofrecer los apoyos necesarios y mejorar así su calidad de vida.

Entre las décadas 60 y 80, las personas con discapacidad intelectual, salieron de las sombras donde se encontraban. También la sociedad crecía

en sensibilidad hacia ellos. Así, La Constitución Española del 1977 menciona, en algunos de sus artículos, la igualdad de los españoles con discapacidad intelectual ante la Ley. En este sentido, el artículo 49, obliga a todos los poderes públicos a que realicen una política de tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados, físicos, sensoriales e intelectuales (López Guerra, 1998).

Con relación a los tratamientos, los cambios más importantes se producen a finales de los años setenta y comienzo de los ochenta. En España se inicia la escolarización conjunta (integrada) de alumnos normales y alumnos con discapacidad que hasta ese momento habían estado más o menos separados. Poco a poco se va hablando de autodeterminación, de inclusión (integración mas apoyo social), y se ponen en marcha numerosos programas que facilitan el acceso a la sociedad de las personas con deficiencia mental: adaptaciones curriculares, programas de transición a la vida adulta y activa, programas para mejorar la calidad de vida, para las actividades de la vida diaria, para el ocio, entre otros (García Alonso, 2001). Estos programas, tratan de favorecer el desarrollo, la igualdad y la plena participación de las personas con discapacidad intelectual en la vida social, equiparando las oportunidades a las del resto de la población.

En los años siguientes sigue el especial interés por la discapacidad intelectual y las necesidades educativas especiales; la conciencia y los

servicios, comienzan a ser más globalizados y regulados por Ley; crecen las organizaciones que se dedican a la atención y asesoramiento de personas con discapacidad. En 1982 se promulga la Ley de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I., 19/82 del 7 de abril) y los Reales Decretos que la desarrollan. En esta Ley se contempla la atención a personas discapacitadas en determinadas áreas (rehabilitación, ayuda económica, ayuda jurídica, protección a la familia y equiparación de oportunidades). En este mismo año, el R.D. 2639/1982 de 1 de octubre, especifica la integración escolar en cuatro modalidades: integración total en aulas ordinarias, integración mixta en aula ordinaria - aula de apoyo, integración parcial en aulas de Educación Especial ubicadas en centros ordinarios y escolarización en centros específicos de Educación Especial (Molina García, 1994).

Tres años después, en 1985, Real Decreto 334/1985, de 6 de Marzo, de Ordenación de la Educación Especial, modificó el término y concepto de Educación Especial por el de alumno con necesidades educativas especiales (a.c.n.e.e.). La Educación Especial ya no se define como la educación que reciben los alumnos en razón del tipo de discapacidad que presentan, sino como el conjunto de apoyos que el sistema, pone al servicio de estos alumnos y alumnas, para que puedan hacer efectivo su derecho irrenunciable a la educación (Palmero Cámara y Jiménez Eguizábal, 1998). Al amparo de esta normativa se registra un extenso capítulo de novedades en el terreno de la práctica y de los materiales utilizados, avanzando por el

camino de la integración social y educativa para evitar la marginación de las personas menos favorecidas.

Aunque la verdadera revolución llega con la reforma educativa propuesta en la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (L.O.D.E. 8/1985 de 3 de julio) y regulada definitivamente por la última Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo (L.O.G.S.E. 1/1990 de 3 de octubre). Esta Ley pretende responder a las nuevas demandas sociales condicionadas tanto por la transición política de nuestro país como por los modelos educativos de nuestro entorno cultural. En la L.O.G.S.E. quedan establecidas las bases de la integración educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales (a.c.n.e.e.) y de los apoyos y recursos que, para su atención, va a requerir la escuela. Las condiciones concretas se irán perfilando con posterioridad en diversas Órdenes, Reales Decretos y Resoluciones Ministeriales. Cabe destacar el R.D. 696/1995 de ordenación de la educación de a.c.n.e.e. en el que quedan definidas de forma clara las necesidades educativas especiales (Montiel, 2007). Este Real Decreto considera prioritaria la formación del maestro de educación infantil y primaria, para que la integración se lleve a cabo en las mejores condiciones.

La evolución del Sistema Educativo implica también a la Universidad y así en la Ley de Reforma Universitaria (L.R.U. 11/1983 de 25 de agosto) se defiende la autonomía universitaria, se distribuyen las competencias entre el

estado, las comunidades autónomas y las propias universidades, se impulsa la creación de los Consejos Sociales de las Universidades y del Consejo de Universidades, etcétera (Solé, 1998). Los RR.DD. que la desarrollan tratan de adaptar la formación universitaria a las demandas sociales. En este sentido, el R.D. 1440/1991, de 30 de agosto, establece el Título Universitario Oficial de Maestro en sus diversas especialidades: Educación Infantil, Educación Primaria, Lengua Extranjera, Educación Musical, Educación Física, Educación Especial y Audición y Lenguaje.

Por lo cual, los nuevos planes de estudios, derivados de él profundizan en la formación de unos maestros generalistas, en educación infantil y primaria, como pilares de la educación obligatoria hasta los doce años y, junto a ellos, una serie de especialistas en educación física, idiomas y música, que tratan de solventar antiguas preocupaciones educativas sobre estas materias. Finalmente las nuevas especialidades de educación especial y, audición y lenguaje, han aportado rigor académico.

A pesar de todos estos esfuerzos y avances, García Alonso, (2001) afirma que las condiciones óptimas y deseables, para conseguir una integración que trascienda los límites de la integración física para llegar a la integración funcional y curricular, están lejos de alcanzarse tanto en España como en el resto de los países que han optado por esta estrategia educativa. Lo más que se atreve a reconocer es que, en los dos primeros años de este

nuevo milenio, tanto la filosofía de la integración, como la respuesta social a la misma, han supuesto nuevas aportaciones positivas para las personas con discapacidad.

Las definiciones propuestas por la comunidad científica, van siempre parejas al trato ofrecido por la sociedad al colectivo (Rubio, 1995). De este modo, la mayoría de las definiciones actuales tratan de englobar los distintos aspectos haciendo referencia tanto al funcionamiento intelectual como a la conducta adaptativa, de tal forma que el déficit en la función intelectual ha pasado de ser el único criterio para el diagnóstico en las definiciones anteriores, a un criterio más, junto al adaptativo y evolutivo en las definiciones más actuales.

En este sentido, es preciso entonces que sepamos emplear los términos correctos, tal como lo han ido definiendo recientemente las organizaciones especializadas tras mucha reflexión y debate, como es la propia AAID (Luckasson y Cols, 2002:31)

*“Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los dieciocho años”.*

Esta Asociación, sostiene que el retraso mental es producto de la interrelación entre la capacidad del individuo, el medio ambiente y el funcionamiento que tiene en los diversos ámbitos y, considera lo que la

persona sí puede hacer y sus dificultades no son tomadas como déficit, sino como requerimientos de niveles de apoyo: intermitente, limitado, extenso y generalizado.

Enfermedad, trastorno, desorden mental, demencia, etcétera; estos y otros conceptos y categorías similares, son utilizados en la vida diaria por los legos en la salud mental como equivalente de discapacidad intelectual. Compartimos la postura de Chamizo (2000) cuando afirma que la difusión alterada de lo que significa “enfermedad mental” y “discapacidad intelectual” no ha hecho sino un flaco favor a estas personas que se encuentran en estos estados, etiquetando con prejuicios y miedos a individuos que pueden integrarse de manera significativa en nuestra sociedad.

(FEAPS)<sup>18</sup> propone, muy acertadamente a nuestro juicio, que la discapacidad intelectual no es algo que esté dentro del individuo, no es algo que él tenga, ni algo que sea; es una persona; y como persona, tiene capacidades con las que viene dotado biológicamente para hacerse un hueco en el contexto donde interactúe, en el medio que le haya tocado vivir.

Mario, yudoca alumno nuestro, es ante todo una persona que, como el resto de las personas, tiene competencias y limitaciones. Sus limitaciones,

---

<sup>18</sup> Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual.

en la interacción con su medio social y cultural, y su nivel de CI<sup>19</sup>, generan un importante handicap en su funcionamiento general; a esto se le denomina discapacidad intelectual. Por lo tanto, Mario es una persona con un funcionamiento general limitado en el momento actual. Es una persona con una intensidad de apoyo específica, más o menos intensa y duradera, en comunicación, en interacción social y autodirección, y la sociedad y todos los que estamos inmersos en ella, tenemos la obligación moral y el compromiso social de prestarle toda la ayuda que necesite sin cuestionarnos su aspecto físico.

---

<sup>19</sup> El Cociente Intelectual (CI) es un índice calculado a partir de los resultados obtenidos de un test estandarizado para medir las habilidades cognitivas de una persona, en relación con su grupo de edad.



## **Capítulo II: Judo como deporte adaptado y generador de una vida con calidad**

1.- Hacia el deporte adaptado .....	79
2.- Breve historia del Judo .....	84
3.- Judo Mental .....	92
3.1.- Psicopedagogía en el Judo mental. ....	94
4.- Análisis y valoración .....	101



## **1.- Hacia el deporte adaptado**

La calidad de vida se relaciona con factores físicos, mentales y sociales del entorno (Gómez-Vela, 2004; Verdugo, 2003). Los factores que parecen influir en la calidad de vida, se relacionan con la salud, las aptitudes funcionales, el ser capaz de cuidar de uno mismo, la condición económica, las relaciones sociales, el acceso a los servicios sociales y de salud, la calidad de su vivienda y, en el contexto próximo, el poder sentirse satisfecho con su vida, poder acceder a oportunidades culturales y educativas y el tener la oportunidad de aprender nuevas cosas.

A esta lista, se puede agregar la posibilidad de realizar actividades físicas deportivas, puesto que, según Villada y Vizúete (2002), la práctica deportiva influye sobre el bienestar mental de las personas y sobre su nivel de calidad de vida. El mantenimiento de la actividad física, considerada como práctica de una manera sistemática y sostenida, como hábito de vida, es una necesidad para conservar la salud del ser humano.

Para Velázquez Buendía (2004), el deporte es una actividad multifacética, porque estimula las funciones corporales, las intelectuales y las afectivas del ser humano; es universal, porque, aún con limitaciones, toda persona está facultada para practicarlo; y democrática, porque las

condiciones socioeconómicas no son imperantes en la adquisición de una o varias disciplinas, como tampoco lo son la edad o el sexo. De este modo, los principios del deporte, por su importancia, se encuentran inscritos en las constituciones políticas de los países y en los planes de trabajo gubernamentales.

Para Germán Zucchi (2001), estos principios permiten proponer, en el deporte que va dirigido a personas con discapacidad, fines preventivos, terapéuticos, educativos e integradores. Una persona que tiene Síndrome de Down puede presentar alteraciones orgánicas, además de las neurológicas, que con la edad se desarrollan y manifiestan, como es la obesidad; sin embargo, la práctica deportiva puede ser un apoyo para que muchas de las alteraciones colaterales, permanezcan inhibidas.

Las alteraciones físicas (una pierna más corta que la otra), orgánicas (un sistema respiratorio débil), senso-perceptivas (una visión descoordinada), conductuales (agresividad) y colaterales a la discapacidad intelectual pueden llegar a superarse a través de la práctica deportiva, pero con todo el beneficio terapéutico que esta práctica provoca en las personas con discapacidad, su planeación no debe hacerse sólo para conseguir un fin terapéutico, sino que propicie la integridad física y moral del ser humano.

El deporte desarrolla habilidades, destrezas, hábitos, modelos de comportamiento, capacidades, respeto por las normas, interrelaciones,

creatividad, entendimiento de valores, aprendizajes e improvisaciones. El sentimiento gratificante que proporciona la práctica deportiva hace cambiar la opinión de la persona sobre sí misma y la opinión de quienes la rodean, repercutiendo favorablemente en el núcleo familiar y en el comunitario (Fabián Biondi, 2007; Fraile, *et. al.*, 2003).

También el desarrollo de destrezas, el manejo del espacio y sus elementos, la interacción de esfuerzos, la obtención de propósitos y la asimilación de situaciones gratificantes, forman parte de la vida rutinaria del discapacitado, tal vez con más presencia y determinación que en las personas comunes, y de ahí que la práctica de un deporte les conduzca a desarrollarse en una forma más completa.

Debido a la diversidad infinita de condiciones naturales de la raza humana y a las diferentes metodologías o tecnologías utilizadas para la atención, y/o trato de la persona con discapacidad, la formación y competencia deportiva se ha desarrollado a través de diferentes modalidades.

En la Tabla 1 hemos recogido los deportes que a nivel competitivo o simplemente como actividad deportiva recogen distintas federaciones deportivas españolas, tales como la Federación Aragonesa de Deportes

para Personas con Discapacidad Intelectual<sup>20</sup> Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Bizkaia<sup>21</sup>, Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Intelectual<sup>22</sup>, Federación Polideportiva de Discapacitados de Castilla y León<sup>23</sup>. Entre otras.

**Tabla 1. Modalidades de deporte adaptado**

Modalidad	Deportes	Observaciones
Deporte sobre silla de ruedas	básquetbol, halterofilia, esgrima, atletismo, natación tiro con arco, tenis, danza, slalom, ciclismo, tenis de mesa y esquí alpino.	La categorización para ser clasificado como deportista de competencia es con base en sus lesiones y destrezas residuales y por supuesto, todos ellos aunque sean ambulantes para realizar el deporte de su interés, deben utilizar una silla de ruedas adaptada.
Deporte para ciegos y débiles visuales	atletismo, boliche, Judo, levantamiento de pesas, esquí alpino y nórdico, <i>golbol</i> y natación	Son aquellas actividades y eventos en donde se requiere que el deportista demuestre médicamente una visión lo suficientemente baja como para no lograr rendimientos aceptables entre jugadores normales.
Deporte para sordos	Estas personas pueden compartir cualquier deporte con los normoyentes	No es necesario que en la práctica deportiva utilicen sus auxiliares auditivos.
Deporte para amputados	basquetbol, halterofilia, <i>lawn</i> y natación	Estos deportistas pueden utilizar prótesis para sustituir las funciones de algún miembro, por ejemplo una pierna. Sin embargo, para mejorar su desempeño, utilizan una prótesis más fina o definitivamente no la usan.
Deporte para personas con parálisis cerebral	atletismo, natación y bochas	Al igual que todas las modalidades de alteración motora, estos deportistas son clasificados de acuerdo a sus capacidades residuales.
Deporte para personas con enfermedades crónicas		Se trata de personas cardíacas, diabéticas o con esclerosis múltiple. Generalmente la práctica deportiva entre estas personas no se realiza con fines competitivos, sin embargo, son frecuentes en los hospitales y clínicas donde los fisioterapeutas diseñan programas específicos para la rehabilitación de determinado sistema biológico que el paciente tenga dañado
Deporte para personas menudas		Tomando en cuenta sus características físicas, poca estatura, problemas hormonales, a quienes les interesa la actividad deportiva se les organizan foros de competencia igualitaria en atletismo, natación, entre otros.
Deporte para personas con discapacidad intelectual	atletismo, natación, boliche, gimnasia olímpica, basquetbol, voleibol, fútbol, hockey sobre piso, pesas, equitación, tenis, bochas y patinaje artístico	No se requiere de equipos o implementos específicos

Fuente: elaboración propia

<sup>20</sup> Disponible en [www.faddi.org](http://www.faddi.org) (Última consulta 20 de marzo de 2008)

<sup>21</sup> Disponible en: [www.fekoor.com](http://www.fekoor.com). (Última consulta: 10 de marzo de 2008)

<sup>22</sup> Disponible en [www.feddi.org](http://www.feddi.org) (Última consulta 12 de marzo de 2008)

<sup>23</sup> Disponible en: [www.fecledmi.org](http://www.fecledmi.org) (Última consulta 25 de marzo de 2008)

En esta clasificación, podemos observar que el Judo no tiene un espacio específico para las personas que presentan discapacidad intelectual. Torralba (2005) apunta que esto puede ser debido al consejo de muchos profesionales, que estiman que los deportes de combate no les sean enseñados a este tipo de colectivo, por el peligro que conlleva para ellos y para sus rivales.

Nosotros, no estando de acuerdo con esta idea, creemos, y así esperamos demostrarlo a lo largo de este trabajo, que el Judo es una actividad física y educativa altamente aconsejada para mejorar la calidad de vida, a través de objetivos como que la persona con discapacidad intelectual mejore su salud y fortalezca sus órganos más debilitados, estimule su desarrollo físico y orgánico, enriquezca sus facultades psicobiológicas, mejore sus actitudes y conductas, se consiga implantar la práctica deportiva en su vida cotidiana y, utilice el deporte como medio de superación y socialización, entre otros. Carratalá y Carratalá (2000) proponen que estos objetivos están sustentados en la influencia que ejerce el Judo en áreas como la Biológica, mejorando los sistemas orgánicos, la presencia física, la energía y vitalidad y la salud.

Por último, debemos de tener en cuenta que el nivel de discapacidad intelectual que una persona posea y la intensidad de apoyos que necesita, no es determinante para el desempeño del Judo; su salud, la energía vital y

el entusiasmo que ponga en las sesiones educativas, posiblemente sí influyan en él.

## **2.- Breve historia del Judo**

Si realizáramos la siguiente pregunta, a personas con un cierto conocimiento del tema: ¿Qué es el Judo?, muchos contestarían que es un deporte recientemente olímpico; otros, desde una perspectiva histórica, lo describirían como una extraordinaria actividad cultural japonesa ancestral. Unos y otros estarían de acuerdo en que es un arte marcial, un sistema de defensa personal o una forma de combate. Villamón y Brousse (1999), realizan una proposición que se acomoda, perfectamente, al carácter íntimo y esencial de nuestra investigación<sup>24</sup>: "el Judo, sobre la base de técnicas de combate, desarrolla un método educativo de formación física, intelectual y moral".

Sus orígenes se remontan al antiguo arte japonés del Ju-Jitsu, un sistema de combate con armas cortas o sin ellas, mano a mano: arte del no uso de la fuerza bruta para dominar a un rival, sino de la habilidad, sutileza y flexibilidad. De este modo, los principios básicos y fundamentales que comprometen al Ju-Jitsu son: "el más débil puede vencer al más fuerte", y

---

<sup>24</sup> Para el desarrollo de este trabajo es fundamental contemplar el Judo en su vertiente educativa, ya que nuestros objetivos se encuentran dirigidos hacia la consecución de la mejora en la calidad de vida de las personas que practican nuestra modalidad, a través de la modificación de sus conductas adaptativas..



"gestar economía de esfuerzo ante la aplicación de una técnica", entre otros. Estos principios, fueron acoplados a las técnicas de defensa personal con el único objetivo de proyectar o detener con mayor eficacia, sin acumulación de fatiga, actos agresivos ejercidos por el oponente (Marwood, 2006). Pero, aunque estas técnicas se conocían desde hace muchos años atrás, no fue hasta el siglo XVII cuando se comenzó a ensayar y practicar este arte marcial como tal.

El Judo o Yudo (Las dos acepciones están recogidas en el diccionario de la lengua española), fue creado por el doctor Jigoro Kano en las últimas décadas del siglo XIX, sobre la base de los métodos de autodefensa orientales de los samuráis, combinando el estilo y las técnicas del Jiu-Jitsu para crear la nueva disciplina (Barioli, 1988). A partir de entonces, fue tan intensa su actividad, que en 1882, cuando apenas tenía 22 años, fundó en el pequeño templo budista de *Eishoji*, el primer espacio donde se iba a practicar el Judo (*Dojo*), que le denominó *Kodokan*.

Investigar en la bibliografía del doctor Kano es adentrarse en el conocimiento más tradicional y educativo del Judo; es comprender la filosofía que encierra su práctica continuada.

Sinnosuke Kano (posteriormente tomó el nombre de Jigoro), nace el 28 de octubre de 1860 en Mikage, cerca de la ciudad de Kobe (hoy día forma parte de ella), en la bahía de Osaka. Fue el tercer hijo de Kano Jirosaku

Mareshiba. La infancia de Jigoro no fue muy grata ya que se quedó huérfano de madre a los 9 años. Un año después, su padre fue contratado como funcionario del gobierno meiji y por lo tanto tuvo que mudarse a Tokyo. Esto, le permitió ingresar, a la edad de quince años, en la escuela de idiomas extranjeros y más tarde en la Universidad de Tokyo donde termina su carrera universitaria graduándose con 21 años por el departamento de Literatura, y especializándose en literatura, ciencias políticas y economía. Ingresa en el departamento de Filosofía para estudiar ética (Gutiérrez Santiago, 2002). Como consecuencia de la muerte de su maestro Iso, ingresa en el *Dojo* Kito, dirigido por el maestro Okubo.

En sus inicios, el doctor Kano no parecía la clase de persona que revolucionaría la enseñanza de las artes marciales y mucho menos que sería el creador de un método educativo tan difundido como es el Judo. De contextura delgada y no muy alto, el deportista que creó el Judo comenzó su historial budoca<sup>25</sup> como practicante de Jiu-jitsu en el año 1878, en la Escuela Tenjin-shinyou bajo la tutela del Maestro Fukuda. Con las bases del Jiu-jitsu, el doctor Kano crea su propio método extrayendo las mejores y más seguras técnicas de éste, puesto que en esta época el Jiu-jitsu era muy violento y muchos practicantes resultaban lesionados (Watanabe y Avakian, 2001).

---

<sup>25</sup> El término budoca hace referencia a las artes marciales de origen japonés.

El Judo necesitaba un lugar donde evolucionar y perfeccionarse, por esta razón funda el "*Kodokan*"<sup>26</sup>. En un principio Jigoro sólo contaba con 9 estudiantes, pero para darnos cuenta de la dimensión que sufrió este arte marcial, en 56 años se incrementó la población de practicantes de Judo, de una manera asombrosa; así, para el año 1938, tras la muerte del maestro, en este *Dojo* practicaban ya más de 200.000 estudiantes (Barioli, 1988).

En aquel año fue nombrado profesor en el Gakushuin (escuela privada para la nobleza). También es el año en que estableció el *Kano-Juku* y el *Koubunkan*. EL *Kano-Juku* era una escuela preparatoria que formaba el carácter de los niños que vivían allí. El *Koubunkan* era una escuela de la lengua inglesa. Kano usaba sus propios ingresos para todo ello, y cuanto no le alcanzaba para ello, lo conseguía trabajando como traductor. De la mañana temprano hasta la noche, Kano dirigía toda su energía a esas actividades educativas.

En 1891 fue nombrado director de las escuelas Intermedia de Quinto y de la Escuela Superior de Kumamoto, y en 1893 asumió el cargo de director de la Escuela Secundaria para Profesores de Tokyo (una escuela de profesores que más tarde sería la Universidad Kyoiku de Tokyo y actualmente la Universidad Tsukuba). Tenía sólo 34 años. (Marwood, 2006).

---

<sup>26</sup> "*ko*." significa enseñanza, estudio y aprendizaje, "*do*" significa el camino o sendero, y "*kan*" significa construir o sala; por lo tanto, el nombre sugiere que la misión del *Kodokan* es "un lugar para estudiar el camino del Judo."

En 1897 recibe la distinción como Maestro de *Tokio Teachers' Training School*. A los 50 años ingresa en el Comité Olímpico Internacional (COI), siendo el primer representante japonés en este comité. En el año 1935 a los 76 años, tres años antes de su muerte, recibe la mención *Asahi* (Gutiérrez Santiago, 2002). Esta mención se otorga a los contribuyentes de actividades artísticas, culturales, científicas y deportivas.

Esta breve cronología nos hace conocedores de la gran actividad docente que el doctor Kano desarrolló a lo largo de su vida. Como consecuencia de ello, potenció unos principios que trasladó al Judo y que se constituyeron en los pilares morales fundamentales de este arte marcial:

a) ***Seiryoku Zenyo*** - Máxima eficacia en el uso de la fuerza

El doctor Kano proponía que la fuerza de un hombre se podía medir en unidades de uno. Así podríamos suponer que el ataque de un rival (*Tori*) tiene diez unidades, mientras que la del que recibe ese ataque es de siete (*Uke*). Si *Tori* empuja con toda su fuerza, seguramente haría retroceder a *Uke* y hasta hacerle caer si se resistiese; pero si en lugar de resistir, cede retirando su cuerpo, *Uke* conserva el equilibrio, mientras que *Tori* lo pierde. En esta nueva posición, *Tori* se encontrara tan débil que su fuerza disminuirá a tres unidades, más o menos, aunque no en fuerza, sino por su mala posición. Entre tanto, *Uke* se encuentra en completa posesión de sus siete unidades y le puede vencer con la mitad de su fuerza, es decir: tres

unidades y media contra tres, sobrándole media unidad para prevenir cualquier otra intención (Binerfa Castellanos, 2004a).

b) ***Jiko No Kansei*** – Perfección como ser humano

Se fundamenta en la búsqueda de la perfección en la persona. A través de la práctica del Judo deberemos conseguir adquirir habilidades para ser más capaces. Una persona con buena salud, inteligencia y buen carácter debe buscar su posición dentro de esta sociedad (Binerfa Castellanos, 2004a).

c) ***Jita Kyoiei*** - Amistad y bienestar mutuo


Este concepto está basado en la solidaridad y la amistad. Busca ayudar al compañero a alcanzar la perfección e implica que si uno busca únicamente el beneficio personal está condenado al fracaso. Este principio habla también de la amistad necesaria entre los practicantes, por ello, no deben verse entre sí como enemigos, sino como compañeros dentro de una actividad física que requiere generalización en otros contextos de la vida diaria. (Binerfa Castellanos, 2004b).

La majestuosa obra del “Bhagavad Gita” en el capítulo IV “*El Yoga de la Sabiduría*”, señala: (Barrio, 1970:39)

*“Quien no desea los frutos de sus acciones, quien está hasta perpetuamente satisfecho sin depender de nada, no obra aunque se*

*introduzca en la acción. No tiene deseos personales, no desea las cosas para su propiedad personal; domina completamente su corazón y su Yo; por ello no puede pecar al realizar las acciones solamente por medio de su cuerpo. Quien siempre se satisface sea lo que sea lo que obtenga, quien ha roto las dualidades, quien no envidia a nadie, quien no se turba por el éxito o por el fracaso, aunque obre no puede encadenarse”.*

Conocer el significado de la palabra Judo, nos ayuda para comenzar a comprender el espíritu de esta actividad física, en consecuencia, Judo está compuesto de dos ideogramas: 柔 JU = flexibilidad y 道 DO = camino. Esto quiere decir que a través de la práctica del Judo vamos a encontrar el “camino de la flexibilidad, de la suavidad o gentileza”.

El escudo de Judo  también nos ofrece una visión general de la filosofía que encierra este arte marcial: representa la flor del cerezo, su centro es de color rojo y simboliza a la Tierra y al Hombre, el color blanco de la flor representa a la Paz y los buenos sentimientos, los ocho pétalos encarnan al conocimiento perfecto, la intención perfecta, la palabra perfecta, el obrar perfecto, la manera de vivir perfecta, la inspiración a la salvación, la memoria perfecta y la concentración (Villamón y Espartero, 1999).

Santos Nalda (2003), indica que con el Judo, el maestro (*Shihan*)<sup>27</sup> Kano propuso un método de educación capaz de formar el carácter del individuo que practica el Judo. Perfeccionó la manera de caer mediante “el principio de las caídas” y la “regla fundamental del desequilibrio” (*Kuzushi*).

---

<sup>27</sup> Término japonés usado como título honorífico para grandes maestros de un arte marcial.

Esta regla, consiste en la utilización de un esfuerzo mínimo para proyectar al adversario. Es importante conocer que cuando a un oponente se le rompe la estabilidad de su postura estática, la posibilidad de proyectarle con eficacia se ve incrementada de manera significativa.

Shihan Kano, aspiraba a obtener la perfección y a la mejora del género humano por el espíritu de mutua prosperidad, a través del Judo. Como pensador de la época, halló en el Judo un elemento educativo. En este sentido, los principios y metas del Judo *Kodokan* establecen, que los objetivos principales del Judo son el bienestar físico y el entrenamiento moral. Birón (2008), recoge la división que Kano realizó del Judo, en tres partes: su uso como método de combate (arte marcial), como norma de entrenamiento (educación física), y como procedimiento de entrenamiento mental (incluyendo el desarrollo del intelecto y de la moral, y la aplicación de Judo a la vida diaria).

De esta suerte, el objetivo a perseguir, en la práctica del Judo, es la formación física, técnica, moral y táctica. Por ello, aplicando lo anterior, el Judo es un arte marcial que puede ser practicado desde edades tempranas; además de un proceso de disciplina que rechaza ambientes de presunción y acepta la dificultad y el sacrificio, la bondad hacia el compañero o adversario (algo bien útil en otros ámbitos de la vida), la imparcialidad, cortesía, modestia, valor, paciencia, seguridad y la rapidez (Leyva Infante, 2000).

### 3.- Judo Mental<sup>28</sup>

El Judo es un arte marcial que, en contra de lo que generalmente se podría pensar, dado su carácter de lucha, no es violento. Más bien todo lo contrario, ya que desde el mismo comienzo de su práctica se buscan los objetivos anteriormente expuestos. Mirallas Sariola (1995) nos marca que ya Koizumi y Kawaishi, yudocas considerados los padres del Judo europeo, defendieron el carácter no violento del Judo, diferenciándolo así de las demás formas de lucha. Desde esta perspectiva, la enseñanza del Judo ha seguido una metodología tradicional, mediante conocimientos empíricos adquiridos a través de las vivencias de los maestros más experimentados.

Su práctica está abierta a cualquier persona, sea cual sea su condición física o edad; cualquiera puede iniciarse en este arte marcial de cara solamente al entrenamiento como actividad física, por el simple hecho de aprender, como medio de autodefensa o con vistas a la competición. Pero cuando este Judo es altamente modificado, con rigor y atendiendo a la adaptación de personas con discapacidad intelectual, nosotros proponemos la denominación de “Judo Mental”, queriendo poner énfasis en el Judo como

---

<sup>28</sup> El Judo Mental hace referencia al método de entrenamiento donde se potencia el desarrollo del intelecto y de la moral, y su aplicación a la vida diaria, en contra del combate. Para las personas con discapacidad intelectual es más importante prepararles para su actividad diaria en la sociedad que para competir en los diversos campeonatos de Judo. Así los objetivos de ambas modalidades difieren: mientras que los yudocas que practican un Judo “normal” lo hacen para competir, las personas con discapacidad intelectual deben de ser entrenados para la adquisición de habilidades adaptativas, que modifiquen sus conductas, mejorándolas (Arnáiz Zamanillo, 2007a).



un método de entrenamiento que intenta modificar hábitos y conductas problemáticas.

El Judo Mental es una forma de entrenamiento donde se deben considerar dos formas de adaptación a realizar: por un lado, la adaptación que el *Sensei*<sup>29</sup> hace del *Nage-No-Kata* (forma clásica y exacta de la técnica), pensando en el desarrollo del Judo como práctica física de una disciplina con fundamentos científicos, con una filosofía que nos permita modelar el físico, la mente, las emociones, el carácter y el temperamento del propio yudoca, más que pensando en la competición; y por otro, la adaptación que realiza el yudoca del *Nage-No-Kata* en relación a su morfología y personalidad.

Para realizar la primera adaptación, es necesario que el *Sensei* además de ostentar muy buena preparación en Judo, al menos, deba tener formación específica en Educación Especial y Pedagogía. La segunda adaptación se consigue a través del entrenamiento constante del propio yudoca.

Jigoro Kano, cuando creó el Judo quiso hacer de este método de lucha una escuela de vida, contemplando, para llegar a este objetivo, la formación física, técnica, anímica y espiritual del yudoca, a fin de que supiera comportarse dentro y fuera del tatami del mejor modo posible. En este

---

<sup>29</sup> Terminio japonés para referirse a un maestro de Budo.

sentido, la educación emocional (emociones y sentimientos), la educación corporal (el cuidado del cuerpo), la técnica (uso racional de la fuerza), la educación psicológica (actitudes) y la educación moral (valores éticos) son fundamentales, para lo que nosotros razonamos cómo se debe considerar la enseñanza del Judo Mental. Haku Michigari, también consideró el Judo como un camino educativo que podría convertir a las personas en individuos fuertes, sanos y pacíficos, útiles a sus semejantes, más sociables y humanos (Jazarin, 1968),

### **3.1.- Psicopedagogía en el Judo mental.**

La mente y el cuerpo están íntimamente relacionados: uno afecta a la otra. La primera explicación sistemática de la relación cuerpo-mente se encuentra en la obra de Descartes: *Les passions*, donde aparece una primera explicación sistemática de las relaciones entre ambos (Czerlowski, 2008). El Judo Mental ayuda a mejorar la salud física y mental de quien lo practica, ofreciéndole una forma de librarse de sus pensamientos negativos, evitando el conflicto y el enfrentamiento con los demás. Una actitud mental positiva reduce el estrés y el malestar.

En este apartado, necesitamos realizar un “despliegue de velas” desde una aseveración que compartimos, considerándola básica para el desarrollo de todo el trabajo empírico de investigación: “la enseñanza de la Educación Física no debe de consistir en una acción repetitiva de ejercicios o el

desarrollo de actividades deportivas, más o menos elaboradas, con la única intención de ocupar un espacio de tiempo en el contexto de ocio del alumno” (Villada y Vizquete, 2002).

Desde este punto de vista, las actividades que componen el programa de intervención, se desarrollan dentro de un proceso educativo: desde el conocimiento de los medios y recursos necesarios para mantener y garantizar la salud y la calidad de vida de las personas que las practican, teniendo en cuenta, que la calidad de la educación depende en un alto grado de la capacidad de intervención didáctica del maestro. De esta forma, pensamos que la enseñanza del Judo no es una meta en sí misma, sino un medio muy eficaz para educar con plenitud.

Pero, para que se propicie el aprendizaje de las habilidades adaptativas que puedan conllevar la mejora de la calidad de vida de los alumnos, es necesario crear la atmósfera adecuada. En nuestras sesiones de Judo Mental, hemos tenido en cuenta una serie de actitudes y principios fundamentales que nos han ayudado a capacitar al alumnado para realizar el *kihon* (conjunto de ejercicios que distinguen en todo momento una práctica correcta y que favorecen el progreso individual y colectivo en la disciplina del Judo):

- En el tatami, debe existir una atmósfera calmada, serena y silenciosa, sólo accede al tatami quien quiere practicar Judo y vaya perfectamente vestido con el *judogui*.
- Debemos de estar satisfechos con nosotros mismos y olvidar la condición de discapacitado intelectual, sexo, raza, fama o riqueza.
- El ardor de la práctica debe unirse a un análisis interno: ser sincero, ser honesto, ser solidario, etc.
- Se deben acatar las reglas que se impongan en el *Dojo*.
- Debemos seguir con buena voluntad las enseñanzas y respetar la jerarquía de los grados.
- Debemos confiar en el maestro de Judo.
- Tanto el traje como el cuerpo del yudoca, deben estar limpios.
- Debemos entrar con el pie izquierdo en el tatami y salir con el derecho.
- El calzado debe quedarse fuera del tatami y dispuesto ordenadamente, con las puntas hacia la salida.

- Debemos efectuar correctamente los saludos tradicionales y ser respetuoso con el maestro y con los demás compañeros.

El Judo es el único método, de las artes marciales, que incorpora los principios de educación física: entrenamiento moral e intelectual, cuyos resultados en el comportamiento personal ejercen una influencia formadora de la personalidad del practicante. El Judo es una forma de educación que puede ser aplicada a la vida cotidiana; es una disciplina de contacto con reglas donde se mantiene el espíritu del combate, la cortesía y el respeto por su oponente (Santos Nalda, 2003).

El doctor Kano definió los objetivos del Judo en términos de educación física e ideales filosóficos, haciendo hincapié en la educación y seguridad para cada practicante. Como educador, pensaba que nada era más importante que la educación: la enseñanza de una persona virtuosa podría lograr grandes metas y lo que había sido aprendido por una generación, podría traspasarse a centenares (Gutiérrez García y Pérez Gutiérrez, 2008).

La práctica del Judo Mental aporta una serie de beneficios psicopedagógicos muy importantes; de ellos, nos parece interesante destacar, por su contribución en nuestras sesiones educativas, los siguientes: a) desarrolla la autoestima a nivel personal, social, familiar y laboral, b) perfecciona las capacidades de autocontrol, c) favorece la expresión de la afectividad d) evita conflictos emocionales e) da seguridad

personal, f) desarrolla la Psicomotricidad y g) favorece la percepción de sí mismo, de los demás y del espacio.<sup>30</sup>.

En este sentido, Figueroa (2002), menciona cinco elementos de la filosofía del Judo:

**a) El Arte del Mínimo Esfuerzo y de la Máxima Eficacia.** El Judo no es un arte marcial rudo, son los hombres toscos los que lo tornan así porque emplean la fuerza como único medio para derribar a sus contrincantes, por carecer de las habilidades necesarias. Por el contrario, el Judo es un arte de suavidad que emplea la técnica del desequilibrio (aprovechamiento de la fuerza de *Uke* para convertirla en el arma del desequilibrio y la consecuente proyección de él, al tatami).

La fuerza no debe sustituir a la habilidad, más bien, siendo importante la fuerza, ésta debe tener un porcentaje menor de participación en la aplicación de la técnica, al aplicar una fuerza inteligente y controlada. La mecánica y el arte del Judo se basan en la aplicación del menor esfuerzo posible para alcanzar la máxima eficacia, y eso sólo se logra empleando el método adecuado, con la habilidad y el talento indispensable.

**b) La Satisfacción Mutua.** La práctica del Judo debe conllevar gozo y satisfacción. La interacción con los compañeros, el estudio y la investigación

---

<sup>30</sup> Abordado en Arnáiz Zamanillo, (2007a, 2007b).

de formas, la colaboración y el desarrollo mutuo, aporta satisfacción a todos los componentes del *Dojo*. La relación de los alumnos con el profesor, el seguimiento de las técnicas y las formas tradicionales de ejecutarlas, dan un marco de satisfacción a los practicantes de esta disciplina. El Judo debiera constituirse en la práctica de un arte eficaz con satisfacciones mutuas. En el tatami, el yudoca se centra en recrearse a liberar las tensiones, pero con el beneplácito de que se está ayudando en el progreso personal y en el de los demás.

El problema de la competición, (por la que, como ya hemos dejado claro anteriormente no somos partidarios) es precisamente la ansiedad que genera y, a veces, la frustración que causa estar sometido por largos períodos de tiempo a entrenamientos llenos de retos irreales, ya que no se pueden alcanzar las metas esperadas. El Judo no fue creado para instaurar y acumular tensiones, sino para liberarse de ellas y encontrar el equilibrio y la armonía integral en la relación cuerpo, mente y espíritu.

**c) *Etiqueta y Bushido.*** El Judo tiene ciertas formalidades y protocolos en su práctica, que provienen de tradiciones y enseñanzas de un pueblo que ha sabido hacer de los valores, el núcleo de su existencia. Las costumbres en Judo se basan en el mutuo respeto, la sencillez, la deferencia, el servicio, y la cortesía en las relaciones social-deportivas.

El *bushido*, se compone de principios morales como el honor (comportarse de manera digna, honesta y respetuosa), la rectitud (hacer lo que uno considere que es de justicia), el coraje (enfrentarse a los problemas con lucidez y serenidad), la bondad (tratar a los demás de manera tolerante y amable, perdonando y ayudando a quién lo necesite), la cortesía (comportarse de manera respetuosa con los demás), la lealtad (ser fiel a los compromisos adquiridos y a las personas que confían en nosotros), el respeto (tratar con respeto a las personas, animales y objetos), la sinceridad (ser auténtico en palabras y obras), la modestia (comportarse sin vanidad ni orgullo), el dominio de si mismo (controlar los pensamientos, las emociones, las palabras y los actos, para que sean acordes con los principios morales más nobles), el desapego (vivir sin atarse a las cosas materiales y sin ser esclavo del egoísmo o la ambición) y la benevolencia (tratar a todos con afecto y amistad). Lo cual constituye el carácter moral del estudiante del Judo. Este cuerpo ético es el que el yudoca lleva a la práctica no solamente en el tatami y frente a sus compañeros y maestros, sino también en el curso de su vida diaria, con su familia y demás personas que le rodean.

**d) La Educación Física.** “Mente sana en cuerpo sano” dice un viejo aforismo. Aunque no siempre se cumple este principio, el Judo, pretende ser un armonioso sistema en la cultura física. Los trabajos preliminares de



*Taiso*<sup>31</sup> o *Jubi-Undo*<sup>32</sup> proporcionan que la mente y el cuerpo trabajen de forma interactiva y afinadamente; en consecuencia, cultivar el cuerpo también es cultivar la mente en disciplina, reflejos y reacciones, actitudes positivas y decisiones correctas. Cuerpo y mente trabajan juntos en la salud espiritual y de las emociones (armonía física y mental).

**e) Arte y Ciencia del Judo.** El Judo tiene mucho de este binomio del conocimiento humano. El Judo tiene una bella plasticidad, armonía en sus movimientos y sobriedad en sus desplazamientos, de ahí que la habilidad y el talento superan al uso de la fuerza. El Judo fino y de calidad tiene ese temperamento interno de belleza y expresión artística. En él, existe un ordenamiento lingüístico, y como en otras disciplinas del saber humano, hay una metodología y una articulación sistemática en el desenvolvimiento de sus partes técnicas y rangos que vienen a constituir los procesos del Judo. Hay además, un cuerpo estructurado e interactivo de lenguaje, metodología, sistematización y taxonomía, a lo que llamamos estructura del Judo.

#### **4.- Análisis y valoración**

Todos estos principios conducen a la mejor práctica del Judo y al sentido que debe tener un entrenamiento continuado. Sin embargo, en

---

<sup>31</sup> Técnica japonesa que consiste en una serie de movimientos cuyo objetivo es aumentar la flexibilidad articular y la elongación muscular.

<sup>32</sup> Ejercicios preliminares que sirven, no sólo para agilizar los músculos, sino también como base para el perfeccionamiento de las técnicas de Judo.

demasiadas ocasiones estos intereses se transforman en una transición de determinados valores, que poco o nada tienen que ver con el Judo propuesto por el *Shihan* Kano (Mirallas Sariola, 2004). Frente al modelo que busca, a través de la iniciación precoz, el máximo rendimiento en la competición, existe otro modelo más acorde a nuestro planteamiento de un Judo como contribución a la educación del yudoca, y que considera que la imposición de entrenamientos intensivos, pueden entrañar una serie de peligros importantes e irreparables.

Para Gutiérrez (2004), en Judo, todo se consigue a base de sacrificio, esfuerzo y superación, por lo que no hay lugar para la deslealtad, falsedad o enriquecimiento a costa de los demás; sólo se alcanza el cinturón negro con humildad y trabajo duro propio. A medida que progresamos en el estudio del Judo, se desarrolla el sentido de la confianza en si mismo, base del equilibrio mental.

Existen investigaciones sobre discapacidad intelectual y actividad física adaptada: Arráez Martínez (1996, 2000); Bofil Ródenas (2008); Gomendio (1996, 2000); Hernández (1995); Linares y Arraez Martínez (1999); Martín Sánchez y Martín Vicente (1988); Vázquez (1999); entre otras, pero queda un vacío que esperamos rellenar por medio de este trabajo de investigación, en la medida de nuestras posibilidades.

Después de todo lo expuesto, queda reflexionar sobre la idea si el Judo es un deporte adecuado como generador de una vida con calidad. En nuestra opinión, creemos que el Judo, si se fundamenta su práctica desde una óptica mental, puede servir de instrumento para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual que interactúan con él, ya que tiene inmersos una serie de fundamentos psicopedagógicos idóneos para la adquisición de habilidades adaptativas importantes para su integración social.

Por último y como colofón, citaremos a Jazarin, (1968:45) en una de las explicaciones que sus maestros le aplicaron en su vida, ya que esclarece con gran exactitud la actitud que debemos evitar, como yudoca, *Sensei* y/o investigador, en todo proceso cotidiano:

*“El hombre para conservar sus atractivos, sus beneficios, su confort, sus posesiones, está dispuesto a vender su alma, a traicionar a sus amigos, la confianza que se ha puesto en él, la palabra, la promesa. Para conseguir esas metas egoístas, el hombre utiliza los medios mas tortuosos, las artimañas, las mentiras, que pasan por destreza para aquellos que sólo aspiran al éxito aparente, sin darse cuenta que esta falsa política, esta habilidad adulterada no es más que la ruina del espíritu, el hundimiento del hombre y de toda civilización digna de ese hombre”.*



## **SEGUNDA PARTE: ESTUDIO BIOGRÁFICO-COMPARATIVO**



## Capítulo III: Proceso Metodológico

1.- Hacia una buena calidad de vida .....	109
2.- Problemas detectados.....	115
3.- Hipótesis planteadas .....	124
4.- Metodología.....	130
4.1.- Operacionalización de Variables .....	137
5.- Proceso de validación de hipótesis .....	141
5.1.- Método biográfico-narrativo .....	141
5.2.- Comparación de datos.....	154
6.- Participantes.....	157





## **1.- Hacia una buena calidad de vida**

Campbell, Converse y Rodgers (1976) con su “teoría de la satisfacción” señalan que la satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones, y es menor cuando se alejan. Las aspiraciones, a su vez, se basan en las comparaciones con los demás y con la propia experiencia pasada. Descubrieron que aunque la salud era valorada por los individuos como el factor más importante para la felicidad, la satisfacción con aquella era sin embargo el octavo predictor en importancia con relación a la satisfacción con la vida. Mancini y Orthner, (1980), en su estudio, propusieron el control de otras variables junto a la salud, como es la realización de actividades lúdicas. Esto permitió evidenciar la influencia de la salud sobre la posibilidad de llevar a cabo otro tipo de actividades; lo que determina la relevancia de la salud en el bienestar subjetivo de los sujetos analizados.

Dado que este trabajo de investigación tiene como uno de los objetivos, la propuesta de un programa de intervención que trate de mejorar la calidad de vida de la persona que interactúa con él, creemos necesario abordar el

tema de calidad de vida desde una óptica que considere la importancia que tiene su carácter subjetivo<sup>33</sup>.

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo esta influida directamente por los factores del ambiente en el que se encuentra inmerso. En este sentido, un sujeto tiene diferentes valores si ha nacido y vivido en cualquier parte de Europa, que si lo ha hecho en África, simplemente porque son dos personas que han habitado en lugares distintos, con características opuestas, con representaciones sociales contrarias y rituales peculiares.

De acuerdo con esto, hay un espacio en el medio de las intersecciones de factores que influyen en el accionar del sujeto, como la cultura, la historia personal, la ubicación sociocultural y la geográfica en donde se habita, y ese espacio es lo que le da a cada persona manera de sentir la vida, sus expectativas, sus metas y sus deseos.

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta, y lo más importante sin olvidar que se está hablando del bienestar de las personas.

---

<sup>33</sup> Perteneiente o relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo

Observando las teorías que existen sobre calidad de vida, Diener (1984, 1993, 1998, 2000) ha sido uno de los que más ha considerado los aspectos subjetivos y personales dentro de sus planteamientos. Algunos de los aspectos que ha tomado en cuenta son la cultura y la separación de aspectos cognitivos y afectivos, y deja un espacio importante para una autoevaluación dentro de su concepción de calidad de vida.

Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal que se haga de ésta; quiere decir que el bienestar personal hace referencia a las pequeñas vivencias positivas que se pueden experimentar a diario, y no a la satisfacción, únicamente, como una meta propuesta a largo plazo

Siguiendo a Diener (1984), en otra de sus teorías que considera aspectos subjetivos y personales<sup>34</sup>, reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. Está considerando la acción de la propia

---

<sup>34</sup> Este autor analiza las siguientes perspectivas:

*Teoría teleológica o finalista*: el bienestar se consigue cuando se logra un estado perseguido (objetivo).

*Teoría del placer-dolor*: el bienestar es el resultado de determinadas combinaciones entre el placer y el displacer.

*Teoría de la actividad*: el bienestar es un producto de la actividad humana "bien hecha".

*Teoría del top-down versus bottom-up*: plantea relaciones y procesos entre predisposiciones personales a la felicidad, y la acumulación de experiencias de felicidad.

*Teoría asociacionista*: considera la felicidad a partir de una predisposición y en base a las redes asociativas en la memoria, al condicionamiento o a las cogniciones de cada cual.

*Teoría de juicio, o teoría valorativa*: considera que la felicidad resulta de comparar unas situaciones estándar con las condiciones reales.

persona en la consecución de éste, ya que no sería la meta en sí la que haría que la persona lo alcanzara, sino la elaboración de las propias capacidades y de las posibilidades de alcanzar las metas. De esta forma, que si se transforma la interacción en un determinado entorno, se puede transformar la forma de pensar del sujeto inmerso en él.

Entonces, ya no cabe preguntarse si el origen del malestar de las personas con discapacidad intelectual es consecuencia de la propia limitación, sino de otros factores tales como: cuando toman conciencia de su propia discapacidad, su etapa escolar, el transcurso de la adolescencia a la edad adulta, la búsqueda de trabajo o la búsqueda de relaciones de pareja, entre otros (Riera, 2003; Verdugo y Martín, 2002).

Cuando la calidad de vida aparece en el contexto de discapacidad intelectual, Flanagan, (1982) recomienda evaluar la calidad de vida dentro del propio ámbito de la discapacidad, estableciendo como criterio el nivel estándar de calidad de vida alcanzado por otras personas discapacitadas.

Michalos, (1985), propone la “teoría de discrepancia múltiple” de la satisfacción. Según esta teoría los individuos se comparan a otros seres estándar, situaciones personales en el pasado, aspiraciones, niveles de satisfacción y necesidades o metas. Una discrepancia que presumiera que las condiciones de un individuo se situaban en un nivel inferior al estándar, provocaría un descenso en su bienestar personal (Diener, *et al.* 1999).

Existen no menos acercamientos al bienestar de los adultos con discapacidad, entre otros: Cummins (1993). Para este autor la evaluación global de la calidad de vida, estaría constituida por indicadores objetivos tales como los factores culturales, calidad ambiental, disponibilidad de servicios de salud y sociales e, indicadores subjetivos, como apoyo social, valoración del entorno, necesidades culturales y satisfacción personal, así como por el grado de importancia que cada sujeto conceda a cada una de estas áreas. El componente objetivo de su “Escala Comprensiva de Calidad de Vida”, se evalúa a través de la formulación de una serie de preguntas al individuo y a su tutor o cuidador. En cuanto a la evaluación del componente subjetivo se evalúa mediante el análisis de los datos aportados por el tutor o cuidador del individuo y por el propio sujeto, teniendo en cuenta el grado de importancia que la persona con discapacidad intelectual conceda a cada una de las áreas y la satisfacción que dicha área le proporcione (Castellón, 2003).

Dennis *et al.*, (1993) proponían que todos los individuos tienen puntos fuertes y necesidades únicas y cambiantes. Halpern (1993) centra su investigación en la calidad de vida durante la transición escolar, donde destaca tres dominios básicos dentro de los cuales se recogen quince indicadores utilizados muy a menudo en la literatura sobre calidad de vida. También Hughes y Hwang (1995); Felce y Perry (1996); Cummins (1997a) y

Shalock (1996a) proponen diferentes modelos de Calidad de Vida, donde el bienestar de las personas con discapacidad tiene una fuerte relevancia.

Esto nos conduce a la importancia que tiene realizar una buena medición de la calidad de vida, ya que se muestra como un referente potencial que contribuye al entendimiento sustancial de las necesidades individuales de las personas con discapacidad intelectual y a la planificación óptima de la intervención (Arostegui, 2002).

Como nuestro interés no es la medición exhaustiva y completa de la calidad de vida de las personas que siguen el programa de intervención, sino que se ciñe a la comprobación del aumento del grado de bienestar personal, en algunas dimensiones, y que más adelante veremos, analizamos diferentes cuestionarios recogidos por Verdugo (2006): “Cuestionario de Evaluación de la Calidad de vida de Alumnos Adolescentes” (Gómez-Vela y Verdugo, 2002); “Cuestionario de Percepción Subjetiva de la Hospitalización y el Hospital” (González-Gil, Jenaro y Ortiz, 2001); “Cuestionario sobre Tipicidad en el Empleo” de Jordán de Urríes; Verdugo y Jenaro (1999), adaptado del propuesto por Mank; Cioffi y Yovanoff (1997); la adaptación de la “Escala de Calidad de Vida de Schalock y Keith” (1993) en adultos con discapacidad intelectual, realizada por Crespo; Jenaro y Verdugo (2006); “Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual” de Verdugo *et al.*(2005), entre otros,

que nos han servido como base para la elaboración de una serie de preguntas guía encaminadas a la orientación del alumno hacia su narrativa cuando se la hemos solicitado, la cual nos ha permitido comprobar sus progresos en un tiempo determinado practicando Judo Mental.

**Tabla 2. Diferentes cuestionarios sobre calidad de vida**

<b>Autor</b>	<b>Cuestionario</b>	<b>Usuarios</b>	<b>Dimensiones</b>
Gómez-Vela y Verdugo, (2002)	Cuestionario de Evaluación de la Calidad de vida de Alumnos Adolescentes.	Jóvenes con discapacidad y sin ella.	Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar emocional, Integración/Presencia en la comunidad, Bienestar físico y Autodeterminación.
González-Gil, Jenaro y Ortiz, (2001)	Cuestionario de Percepción Subjetiva de la Hospitalización y el Hospital.	Niños hospitalizados en edades comprendidas entre los 6 y 15 años	Actividades de la vida diaria Bienestar físico Bienestar psicológico Relaciones sociales
Jordán de Urríes, Verdugo y Jenaro(1999)	Cuestionario sobre Tipicidad en el Empleo.	Trabajadores con discapacidad intelectual	Competencia/productividad, Autodeterminación/independencia, satisfacción, Pertenencia social/integración en la comunidad.
Crespo; Jenaro y Verdugo (2006)	Escala de Calidad de Vida	Adultos con discapacidad intelectual	Competencia/productividad, Autodeterminación/independencia, satisfacción, Pertenencia social/integración en la comunidad.
Verdugo, Arias y cols. (2005)	Escala de Calidad de Vida	Adultos con discapacidad intelectual	Autodeterminación, Derechos, Bienestar emocional, Inclusión social, Desarrollo personal, Bienestar material, Bienestar físico y Relaciones interpersonales.

**Fuente:** elaboración propia

## **2.- Problemas detectados**

La actitud social que ha predominado a lo largo de la historia se ha expresado en concepciones negativas: de lástima y rechazo, de marginación y de creencia de que las personas que presentan una condición de discapacidad intelectual o enfermedad mental no son más que un lastre social, incapaces de vivir y desarrollarse en el contexto social en igualdad de condiciones.

En algunos períodos de la historia, estas personas fueron sometidas a tratos crueles e injustos que han incluido el abuso físico y emocional, e incluso la muerte. En muchas de las sociedades antiguas como Grecia y Roma, se permitía a las familias abandonar a sus hijos recién nacidos para que murieran o quitarles la vida ellos mismos si presentaban una condición de discapacidad o malformación, e incluso se llegó a legislar con el fin de hacer de esta práctica de exterminio una cuestión normal.

Estas prácticas se han venido ejerciendo hasta hace bien poco tiempo; tomando como ejemplo Alemania: durante el Tercer Reich de Hitler y con el alegato de la búsqueda de la raza aria, fueron exterminados infinidad de personas con discapacidad física e intelectual.

Después de haber sido “marcados” por razones de lo más variado: por su carácter atípico, por ignorancia, por superstición, por altruismo, por necesidades de mano de obra barata, por temor, por conveniencia por mantener el orden social, por la inercia de la costumbre o por falta de otras alternativas; el caso es que las personas con discapacidad intelectual a lo largo de la historia han sido vistos y tratados de forma diferente al resto de los humanos (casi siempre maltratados). ¿Y todo por qué?; porque cada sociedad tiene unas determinadas necesidades y unos valores sociales que establece un tipo de persona sociable, que no corresponde con las



conductas adaptativas que presentan estas personas. Aguado (1995:20), a nuestro parecer, muy acertadamente dice:

*"Cada sociedad tiene en cada momento histórico unas determinadas necesidades y unos valores sociales (**contexto social**), en función de los cuales se establece lo que es adecuado socialmente y lo que resulta inadecuado (**diferencia**), unos encargados (**expertos**) que precisan la forma de distinguir (**criterios de selección**) a los sujetos (**diferentes**), el calificativo con que se les ha de reconocer (**terminología**), la función que han de desempeñar en la sociedad (**papel social**) y el trato que se les otorga (**tratamiento**)".*

En no pocas ocasiones cuando nos encontramos con personas con disfunciones severas asociadas a su discapacidad intelectual, que nos infunden sentimiento de temor al no saber como va a reaccionar, bastará mencionar que esa persona tiene esquizofrenia para ponernos en alerta ante cualquier movimiento que nos resulte extraño; esto viene ocasionado, sin duda, por la falta de información sobre el tema o por temor a lo desconocido. La imagen de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad está muy condicionada por lo que nos devuelven; no se ve a la persona en su totalidad, con sus problemas y con sus posibilidades, sino que se antepone su discapacidad, afectándoles de manera muy negativa en ámbitos como el familiar, laboral y social, propiciando la baja autoestima.

Según Branden (1993), la autoestima es de suma importancia en el desarrollo de los seres humanos; afirma que es la clave del éxito o del

fracaso; menciona también que la autoestima tiene dos componentes importantes: un sentimiento de capacidad personal, que se traduce en la confianza de uno mismo; y un sentimiento de valor personal que puede definirse como el respeto por sí mismo; la suma de ambos sentimientos conduce a la autoestima.

Todas las personas necesitan de la propia valoración y de la de los demás, y que ésta sea estable, firme y alta. Esta necesidad de autoestima se describe como una exigencia interior que experimenta la persona de sentirse valioso, digno de respeto y de admiración, ante sí mismo y ante las demás personas. La autoestima incide durante todo el proceso de formación de la personalidad del individuo (Collarte y Arzola, 1990; Montaldo, 1994).

El concepto de sí mismo, se va formando gradualmente a través del tiempo y de las experiencias (positivas y negativas), que el propio individuo vivencia. Según Haeussler y Milicic (1998) esto, podría favorecer una especie de programación por parte del individuo, pero esta programación no sólo se ve influenciada por las experiencias personales, sino que también cumple un rol de vital importancia las relaciones cotidianas que el individuo va experimentando a lo largo de su vida.

Entonces, la autoestima consiste en la suma de juicios que una persona tiene de sí misma; lo que la persona se dice a sí misma sobre sí misma. (Collarte y Arzola, 1990). La autoestima es la visión más profunda

que cada uno tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad. La autoestima es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos (Gil Martínez, 1997).

El nivel de autoestima se relaciona con el grado de satisfacción que el individuo tiene de sí mismo. Todos tenemos virtudes y defectos; si nos centramos sólo en las virtudes vamos a tener la impresión de que todo lo hacemos bien y como resultado no vamos a necesitar aprender nada nuevo de otros individuos; si nos centramos sólo en los defectos, no podemos apoyarnos en nuestras virtudes para poder superar situaciones problemáticas, esto nos lleva a una posible depresión. Así, en la moderación está la autoestima adecuada; ser capaces de ver nuestros defectos y conocer nuestras virtudes como apoyo para la resolución de problemas.

Ya hemos concretado el concepto de la autoestima y como se va forjando en el individuo; pero, ¿por qué es tan importante poseer un nivel aceptable de autoestima?

De acuerdo con Alcántara (1993), porque la autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para la salud y la calidad de vida, que se manifiestan en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida; porque aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarnos a los problemas

con una actitud de confianza personal; porque fomenta la autonomía personal, al aumentar la confianza en nosotros mismos tenemos más capacidad de fijar nuestras propias metas; porque nos permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, al ser más asertivos nos enfrentarnos a los conflictos con actitud positiva; porque nos impulsa a actuar adecuadamente y seguir adelante; porque nos motiva para perseguir los objetivos que nos proponemos; porque es un factor relevante para el bienestar personal; porque es un factor clave para relacionarnos satisfactoriamente con el entorno.

Vivimos en una sociedad que, posiblemente, valora la estética y la apariencia por encima de la ética y del significado profundo de las cosas. Un tipo de sociedad que crea falsas imágenes de la normalidad a las que hay que asimilarse, prometiéndonos la felicidad o la infelicidad según nos acerquemos más o menos a ellas. Una sociedad que tal vez genera frustraciones y sufrimientos basándose en la apariencia (Muntaner, 1995).

A lo largo de nuestras vidas merma la autoestima cuando nos sentimos cómo un fracasado y aumenta cuando nos parece que hemos triunfado. Hacer algo bien, recibir elogios y sentirse amado nos dura para largo. Todos necesitamos explorar oportunidades en las que podemos sobresalir y sentirnos satisfechos con nosotros mismos.

En definitiva, la autoestima hace referencia a una actitud hacia uno mismo, generada en la interacción con los demás. En este sentido, la actividad física y la participación en deportes es una forma maravillosa de ganar confianza en uno mismo y crear el sentido de valoración propia, fijando metas, planteando desafíos, sintiéndose bien por los logros y aprendiendo que después del fracaso de hoy se encuentran las oportunidades del mañana (Le Boulch, 1991).

Para Clemens (1991), si muy a menudo encontramos a personas que se infravaloran, en el colectivo de discapacitados intelectuales esta actitud se acentúa de una manera preocupante. La sensación de ser un inútil hace que el individuo sea incapaz de disfrutar, de tener amigos y que adquiera desesperanza, apatía, cesación de todo esfuerzo y rendición, y miedo a desagradar.

Siendo así, ¿Cómo alguien va a querer relacionarse con una persona que presenta rasgos de discapacidad intelectual? ¿Quién quiere de antemano acercarse a alguien en el que se da por hecho todo aquello de lo que el ser humano huye? La imagen de la discapacidad va demasiadas veces asociada al dolor, la soledad, el miedo y la indefensión

Para ofrecer una visión de primera mano del sufrimiento llevado por este colectivo como “alforjas repletas de piedras en un largo camino”, queremos destacar una reflexión realizada por Dulce María Mendoza Ríos,

una muchacha de 25 años, nacida en Querétaro, MÉXICO, y recogida en la revista de Psicología “La Misión” de la Universidad Autónoma de Querétaro<sup>35</sup>.

Fierro, (1982), estima que hace falta mucho aguante para ser persona discapacitada intelectualmente, porque la sociedad está recordando y definiendo su deficiencia, constantemente.

Otro grave problema para la integración social de estas personas, es la limitación en habilidades adaptativas que tienen para poder integrarse de una forma adecuada. Para Ortiz Díaz (1983), la integración social es el proceso de normalización continuada que pretende establecer comportamientos o conductas aceptadas por la cultura y el contexto de la comunidad a la que el sujeto pertenece, a través de determinados aprendizajes.

---

<sup>35</sup> “¿Qué harías tú si hubieses nacido con Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Microcefalia o cualquier otro tipo de discapacidad intelectual?, es difícil imaginarlo ¿verdad? pero eso no es todo, además de eso, conforme vas creciendo te vas dando cuenta de que no tendrás muchas oportunidades para asistir a una escuela, vas sintiendo cada vez más un cierto rechazo por que parece que todos los demás pueden hacer las cosas mucho más rápido que tú, probablemente tu daño orgánico no te permite hablar y si tienes la suerte de poder hacerlo es con mucha dificultad y la gente no te entiende, pero además de eso no hacen el más mínimo esfuerzo por entenderte, creen que no tienes cosas importantes que decir por que estas “mongolito”, “tontito” y muchos otros adjetivos calificativos que te pueden dar, tu vida es bastante solitaria, porque desgraciadamente por un sin número de aparentes razones no tienes la oportunidad de tener mucha vida social, sigues creciendo, es más, ya cumpliste 25 años y la gente te sigue diciendo “niñ(a)”, esto implica, entre otras cosas, que los demás niegan tu sexualidad y si de alguna forma quieres expresarla todo el mundo se asusta ya que muchas veces tus padres, tus profesores y hasta los médicos se preguntan ¿cómo es posible que un “niño Síndrome de Down” pueda hablar de sexo?, como si fueras un bicho raro en el que, se supone que no ocurre absolutamente nada relevante, muchos creen que no tienes deseos, que no sientes, creen que no te das cuenta de todo lo que ocurre a tu alrededor, y peor aún creen que no tienes nada interesante que decir, nada que aporte algo a la vida de los demás, y por lo tanto son pocos los que te brindan realmente la oportunidad de ser escuchado, pero en un diálogo transparente y natural en donde puedas sentir que eres aceptado y reconocido tal como eres, sin prejuicios ni etiquetas”

Cuando hablamos de habilidades adaptativas hablamos de las capacidades, conductas y destrezas que una persona debería adquirir para desempeñarse en sus entornos habituales, en sus grupos de referencia, acordes a su edad cronológica. Una persona con discapacidad intelectual presenta limitaciones en habilidades adaptativas, entonces proporcionarle habilidades para que las conductas mejoren, debe de ser un objetivo fundamental en las sesiones de Judo Mental (Arnáiz Zamanillo, 2007a, 2007b).

Cualquier persona generaliza las habilidades cuando las pone en juego en otros ámbitos y entornos, pero a la vez debe discriminar qué habilidad o qué comportamiento tiene que utilizar cuando corresponda. En las personas con discapacidad intelectual estos mecanismos fallan y ponen en juego actitudes que no se corresponden, algunos tienen desarrolladas ciertas habilidades sociales pero no saben discriminar en qué situaciones deben ponerlas en juego (APAC, 2003).

En este sentido, el papel positivo del deporte ha sido destacado muy recientemente en diferentes foros y comisiones de la Unión Europea, que han reconocido las funciones sociales del deporte y han recomendado la potenciación de dichas funciones a través de programas específicos, que promuevan las utilidades sociales de las prácticas deportivas. Pero a la vez que el deporte ha pasado a ocupar un primer plano en nuestros días, con

una alta consideración educativa y formativa, ha dado lugar a dos vertientes cada vez más distanciadas en el terreno de sus manifestaciones: por un lado, el deporte espectáculo con la persecución constante de la excelencia y el triunfo y; por otro, la práctica física y deportiva como medio de educación integral, contacto con la naturaleza, promoción de la salud, alivio del estrés, búsqueda de nuevas sensaciones y aventuras, disfrute y relación social; aspectos lúdicos y formativos más próximos al deporte para todos. (Gutiérrez Sanmartín, 2004).

### **3.- Hipótesis planteadas**

Así, y colocando nuestros objetivos dentro de esta segunda vertiente, dado que está mucho más cerca de una parte fundamental de la propuesta final de este trabajo, como es el aumento del nivel de autoestima y la mejora de las habilidades adaptativas de las personas sujetas a investigación, proponemos las siguientes hipótesis:

*H<sub>1</sub>. - La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las conductas adaptativas de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.1</sub>. - La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las destrezas motoras de las*



*personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.2</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las destrezas sociales y comunicativas de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.3</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las destrezas de la vida personal de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.4</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las destrezas de vida en la comunidad de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.5</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente el comportamiento autolesivo de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.6</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente la heteroagresividad o daño a*

*otros de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.7</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente la conducta de destrucción de objetos de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.8</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente la conducta disruptiva de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.9</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente los hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.10</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente la conducta social ofensiva de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.11</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente el retraimiento o falta de interés*

*de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.12</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las conductas no colaboradoras de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>1.13</sub>.- La práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente la independencia general de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>2</sub>.- La práctica del Judo Mental durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda, de manera significativa, a elevar el nivel de autoestima de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>2.1</sub>.- La práctica del Judo Mental durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda, de manera significativa, a elevar el nivel de autoestima en su dimensión general de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>2.2</sub>.- La práctica del Judo Mental durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda, de manera significativa, a elevar el nivel de*

*autoestima en su dimensión social de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>2.3</sub>.- La práctica del Judo Mental durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda, de manera significativa, a elevar el nivel de autoestima en su dimensión familiar de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>2.4</sub>.- La práctica del Judo Mental durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda, de manera significativa, a elevar el nivel de autoestima en su dimensión laboral de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial del bienestar personal de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.1</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial los hábitos de higiene de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.2</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a*

*una mejora sustancial los hábitos de salud de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.3</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial los hábitos de seguridad personal de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.4</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial los hábitos de relación con los demás de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.5</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial los hábitos de aceptación de reglas de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

*H<sub>3.6</sub>.- La práctica del Judo Mental como método de entrenamiento físico y mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, ayuda a una mejora sustancial los hábitos participación y colaboración en actividades grupales de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos intermitentes o limitados.*

#### **4.- Metodología**

FEAPS (2000) propone, que la mejora en habilidades de adaptación de una persona con discapacidad intelectual, puede conducir a una significación en su calidad de vida, porque supone mejorar la capacidad de comprender o de recibir un consejo, una emoción, o una felicitación. También señala que enriquece las habilidades implicadas en el aseo, higiene y apariencia física, en el cuidado de la ropa y en la comunicación de preferencias y necesidades; conlleva progresar en las habilidades relacionadas con intercambios sociales con otros individuos, en las habilidades relacionadas con una adecuada utilización de los recursos de la comunidad, en las habilidades relacionadas con la realización de elecciones y aprendizajes de seguimiento de horarios; supone acrecentar las habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud y los primeros auxilios, ajuste físico y consideraciones básicas sobre seguridad; implica la mejora de las habilidades cognitivas y las habilidades académicas funcionales en términos de vida independiente; significa aumentar las habilidades relacionadas con las actividades recreativas; y supone prosperar en las habilidades relacionadas con el trabajo; en definitiva, desarrolla una mayor integración en la sociedad en el que vive.

Para evaluar las distintas dimensiones de adaptación no existe un instrumento psicométrico único que nos permita establecer límites cualitativos: las entrevistas con los padres o con las personas que conviven

más tiempo con el individuo, la entrevista al propio individuo, la observación directa, van a permitir obtener una información descriptiva de su comportamiento (método biográfico-narrativo).

Esta información debe ser analizada y contrastada con los comportamientos en otras fases de la aplicación del programa de intervención. En este sentido, el ICAP de Bruininks *et al.* (1986), traducido y adaptado por Montero (1993) es el instrumento psicométrico de evaluación de la conducta adaptativa que vamos a utilizar para evaluar y valorar los posibles cambios de conducta o aprendizaje logrados por nuestros yudocas.

Para la validez y fiabilidad de este instrumento, Montero (1993) realizó una adaptación y validación cuyo resultado fue producto de un trabajo en equipo en el que participaron numerosas personas e instituciones. Se llevó a cabo en el marco de un acuerdo entre la Federación Vasca de Asociaciones en favor de Personas con Deficiencias Psíquicas (FEVAS) y el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Deusto. Para tipificar las partes de conducta adaptativa y problemas de conducta, se seleccionó una amplia muestra (N= 900), representativa de la población general de la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.), mediante un muestreo estratificado al azar, a partir de cuatro variables: edad, sexo, provincia y tipo de municipio. A lo largo de todo el proyecto se utilizó la metodología y procedimientos seguidos por Bruininks *et al.* (1986).

Montero (2001) en su ponencia, realiza una descripción del proceso seguido para esta adaptación. Así, expone que una vez procesados los datos, se desarrollaron las normas estadísticas y las tablas del ICAP. Se analizó el efecto de las variables de tipificación en la norma estadística del ICAP, para determinar la presencia de posibles sesgos en ella. Únicamente la edad afectó a las puntuaciones de conducta adaptativa, pero esto era de esperar dada su naturaleza evolutiva. Adicionalmente, la norma estadística del ICAP en la C.A.V. resultó muy similar a la norteamericana.

Continúa diciendo que la consistencia interna del ICAP resultó ser elevada en personas con discapacidad y sin discapacidad. Un dato importante es que la fiabilidad del ICAP también fue satisfactoria en segundas aplicaciones (test-retest). Demostró una sólida validez de constructo, reflejada en la naturaleza evolutiva de sus puntuaciones de conducta adaptativa (y en la no evolutiva de las de problemas de conducta) y en las relaciones entre sus componentes.

Siguiendo con nuestra metodología, un aporte significativo al análisis cualitativo de la calidad de vida son los datos que nos puede ofrecer un instrumento cuantitativo como un test de autoestima donde podamos observar los cambios producidos entre unas recogidas y otra. Creemos que el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) (ANEXO IV),



estandarizado y validado por otros investigadores (Brinkmann, Segure y Solar, 1989) es el instrumento adecuado para nuestros propósitos.

Este instrumento fue presentado originariamente por Coopersmith en 1959 y utilizado por diversos autores, entre los que destacan: Watkins y Astila (1980); Prewitt-Díaz (1984); Roberson y Miller (1980); Chiu (1987). Tomando como base el trabajo realizado por Prewitt-Díaz, Brinkmann, Segure y Solar (1997) realizaron una adaptación del instrumento en Chile, probada en una muestra de más de 1300 estudiantes de I y II años de Enseñanza Media. En los estudios de confiabilidad y validez se obtuvieron coeficientes con valores entre 0,81 y 0,93 para las diferentes escalas. En relación al sexo no se encontraron diferencias significativas.

Otros datos complementarios han sido extraídos de un cuestionario que hemos pasado a los padres, como es el relacionado con los rasgos de comportamiento de los alumnos (ANEXO II), entresacado de uno de los pocos tratados de Orientación escritos en España, donde se presenta material elaborado por Iturbe y Del Carmen (1989).

Al no ser posible realizar una selección aleatoria de sujetos participantes en este estudio, dado que hemos tenido que aplicar un programa de intervención específico y durante un tiempo determinado, este método nos permite incluir "grupos intactos", es decir, grupos ya constituidos. Siguiendo a Segura Cardona (2003), hemos empleado una

medición previa a la aplicación del programa de intervención, a fin de analizar la equivalencia entre los grupos en cuanto a nivel de autoestima de refiere.

En la metodología que se propone para la recogida de datos que más tarde nos han servido para efectuar los análisis oportunos, hemos tenido en cuenta que la persona es el punto de referencia en los resultados personales y, que cualquier comparación se debe hacer dentro de la propia persona y no entre distintas personas. Así, para realizar cada medición hemos contestado a las siguientes preguntas, propuestas por Valle, (1996): a) ¿Qué es lo que hemos de medir? b) ¿Cómo debemos medir? c) ¿Quién es el responsable de hacer esa medición? d) ¿Dónde se debe tomar la medida? e) ¿Para qué medir? y f) ¿Cuándo es necesario medir?

Hemos medido todas las variables que a continuación se expondrán en este mismo capítulo, a través de sus indicadores, dando unos valores que nos han permitido observar en qué situación de la variable nos encontrábamos en el momento de cada recogida de datos.

Los responsables de realizar las mediciones del ICAP han sido los profesionales de ASPANIAS. En cuanto al resto de instrumentos, el responsable de realizar las mediciones es el propio investigador de este trabajo; quién mejor que el propio maestro que ha puesto en práctica los epígrafes recogidos en el programa de intervención. Esta responsabilidad

debe recaer en una persona capacitada para ello, y en este caso, nuestra formación nos capacita para asumir la responsabilidad de recoger y analizar los datos.

Las medidas se han tomado en unas ocasiones en el mismo contexto donde se ha practicado Judo (*Dojo*) y en otras, estas medidas se han realizado fuera de este contexto. Todo ello, para comprobar que el contexto no influye en la propia medida. Las explicaciones de las preguntas de la entrevista, se han realizado siempre que el alumno lo ha solicitado. Se ha tenido en consideración la discapacidad intelectual que cada alumno presenta y su intensidad de frecuencia de apoyos necesarios.

Las mediciones se han realizado para poder obtener datos que luego han sido analizados y que nos han ofrecido conclusiones fiables para poder validar las hipótesis que exponemos en el trabajo,

Hemos considerado que la medición para el ICAP y el Inventario de autoestima, se debe realizar en dos ocasiones como mínimo: evaluación inicial o diagnóstica y evaluación final. Estas dos mediciones nos aportan datos concluyentes de la progresión de los valores de cada variable.

Para nuestro propósito es necesario conocer varios factores: nivel de autoestima del sujeto, su conducta adaptativa, su proceso de interacción en las sesiones de Judo Mental, los rasgos de comportamiento personal y social evidenciados a través de sus padres o tutores y el nivel de

competencia en las distintas dimensiones de la calidad de vida que van a propiciar un mejor bienestar personal.

La práctica psicopedagógica real en las actividades deportivas requiere de aspectos esenciales que definan una respuesta educativa adecuada y que trataremos de proporcionar a través de las sesiones de Judo Mental: a) recuperar el valor educativo que encierran la higiene, la salud y los hábitos de autocuidado como aspectos que favorecen el desarrollo personal; b) favorecer el desarrollo de la interacción y la comunicación que, en determinados casos requiere tomar en consideración cualquier tipo de manifestación o actividad que el alumno, sobre Judo, realice para integrarla en el conjunto global de actividades deportivas; c) enseñar de forma procedimental y utilizar estrategias que faciliten el recuerdo y memorización de habilidades o destrezas de Judo previamente empleadas, mediante apoyos verbales y/o visuales; d) generar situaciones de aprendizaje que favorezcan el equilibrio afectivo y las capacidades de relación interpersonal y de adecuación e inserción social, de forma que el alumno se sienta bien consigo mismo, propiciando el aumento del nivel de autoestima.

Los procesos de desarrollo y aprendizaje que llevan a cabo este colectivo exige periodos de tiempo más dilatados, son tenidos en cuenta a la hora de planificar el desarrollo de las unidades didácticas pertenecientes a nuestro programa de intervención. La naturaleza y complejidad de los

conocimientos, habilidades y destrezas prioritarios para el aprendizaje de las técnicas de Judo, exige una selección y secuenciación de los contenidos orientada por criterios de funcionalidad.

El objetivo primordial de la mayoría de las clases de Judo es que el alumno sepa hacer bien las técnicas, sin considerar que a través de esta práctica se permite observar cómo se comporta el yudoca, atendiendo a su estabilidad física y mental dentro del tatami. En el caso del Judo Mental para una persona con discapacidad, el objetivo primordial no es que sepa realizar la técnica con suma perfección, sino que el aprendizaje de la técnica bajo una perspectiva de educación emocional, consiga promover su desarrollo integral, favoreciendo su participación activa y responsable.

A pesar de su gran eficacia, las técnicas de Judo se pueden aplicar dentro del marco de un entrenamiento sin representar un peligro real para el oponente. Su espíritu sobrepasa la noción del combate a manos desnudas, para dirigirse hacia otro objetivo: el descubrimiento de uno mismo.

#### **4.1.- Operacionalización de Variables**

Determinar todas las variables intervinientes en el programa y sus indicadores ha sido un trabajo bastante arduo, ya que para conseguir la mejora de bienestar subjetivo de cada sujeto se necesita interactuar en varias dimensiones. De esta forma, comenzaremos con las variables relacionadas con el ICAP, su definición operacional y sus indicadores.

**Tabla 3. Operacionalización de las variables a<sub>1</sub>-a<sub>13</sub>**

Identif. variable	Denominación Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
a <sub>1</sub>	Destrezas motoras	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor.	Puntuación directa
a <sub>2</sub>	Destrezas sociales y comunicativas	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	Puntuación directa
a <sub>3</sub>	Destrezas de la vida personal	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	Puntuación directa
a <sub>4</sub>	Destrezas de la vida en la comunidad	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	Puntuación directa
a <sub>5</sub>	Comportamiento autolesivo o daño a sí mismo	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>6</sub>	Heteroagresividad o daños a otros	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>7</sub>	Destrucción de objetos	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas, en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>8</sub>	Conducta disruptiva	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>9</sub>	Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias)	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>10</sub>	Conducta social ofensiva	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>11</sub>	Retraimiento o falta de interés	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>12</sub>	Conductas no colaboradoras	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	No es problema, problema leve, problema moderado, problema grave, problema crítico
a <sub>13</sub>	Independencia General	Patrones que pueden ser modificables mediante el aprendizaje de habilidades adaptativas en el desarrollo del Judo Mental	Las puntuaciones se obtienen a partir de la observación del investigador o del tutor	Puntuación directa

Continuamos con las variables extraídas del inventario de autoestima de Coopersmith. Aquí las variables dependientes son: Autoestima General, Social, Familiar, Laboral y Total, mientras que la variable independiente y por lo tanto manipulada por el investigador, ha sido el programa de intervención, basado en las diferentes estrategias utilizadas para desarrollar una autoestima positiva en el sujeto. Las variables dependientes, se recogen en los niveles alcanzados por los yudocas, después de la comparación de puntajes entre el pretest y postest.

**Tabla 4. Operacionalización de las variables b<sub>1</sub>-b<sub>5</sub>**

Identif. variable	Denominación variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
b <sub>1</sub>	Autoestima General	Es un juicio personal de dignidad que se expresa en la forma de pensar, amar, socializarse y comportarse en diferentes ambientes.	Las puntuaciones corresponden al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.	Valor en %
b <sub>2</sub>	Autoestima Social	Es un juicio personal de dignidad que se expresa en la forma de pensar, amar, socializarse y comportarse en diferentes ambientes.	Las puntuaciones corresponden al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con sus pares.	Valor en %
b <sub>3</sub>	Autoestima Familiar	Es un juicio personal de dignidad que se expresa en la forma de pensar, amar, socializarse y comportarse en diferentes ambientes.	Las puntuaciones corresponden al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con sus familiares directos.	Valor en %
b <sub>4</sub>	Autoestima Laboral	Es un juicio personal de dignidad que se expresa en la forma de pensar, amar, socializarse y comportarse en diferentes ambientes.	Las puntuaciones corresponden al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con su trabajo, sus compañeros y tutores.	Valor en %
b <sub>5</sub>	Autoestima Total	Es un juicio personal de dignidad que se expresa en la forma de pensar, amar, socializarse y comportarse en diferentes ambientes.	Corresponde a la suma total de las variables b <sub>1</sub> , b <sub>2</sub> , b <sub>3</sub> y b <sub>4</sub> .	Valor en %

Por último establecemos las variables que se extraen de la historia de vida de los yudocas, a través de la entrevista que hemos mantenido con ellos en un momento determinado del trabajo empírico.

**Tabla 5. Operacionalización de las variables c<sub>1</sub>-c<sub>6</sub>**

Identif. variable	Denominación Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valores
C <sub>1</sub>	Hábitos de higiene	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.
C <sub>2</sub>	Hábitos de salud	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.
C <sub>3</sub>	Hábitos de seguridad personal	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.
C <sub>4</sub>	Hábitos de relación con los demás	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.
C <sub>5</sub>	Hábitos de aceptación de reglas	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.
C <sub>6</sub>	Hábitos de participación y colaboración en actividades grupales	Son patrones aprendidos, que se presentan durante el desarrollo de las sesiones de actividad física de Judo Mental	<i>Percepción subjetiva del yudoca</i> , a través de una entrevista.	Muy positivo, positivo, tendencia (+), tendencia (-), negativo, muy negativo.

El conocimiento de estos agentes nos va a permitir llegar a conocer en primer lugar, en qué situación inicial se encuentran los sujetos de nuestro caso (pretest), cómo debemos preparar el programa de intervención para que se encuentre capacitado para solucionar los problemas que se muestran durante la evaluación inicial, y qué mejoras se han conseguido durante el tiempo de exposición del programa (postest).



## **5.- Proceso de validación de hipótesis**

En los apartados anteriores hemos planteado los problemas detectados y las hipótesis y subhipótesis que nos han llevado a iniciar esta investigación. A continuación procedemos a explicar el proceso de validación que hemos considerado más adecuado.

La naturaleza de la investigación y las preguntas que sobre ella se realizan condicionan la elección del tipo de metodología. Por esto, nos hemos decantado por realizar el trabajo empírico de esta investigación bajo un método cualitativo.

### **5.1.- Método biográfico-narrativo**

La investigación biográfico-narrativa, presente en la actualidad, tiene una perspectiva propia como forma legítima de construir conocimiento, dentro de las metodologías cualitativas, que comienza con la recogida de relatos auto-biográficos en una situación de diálogo interactivo, en que se representa el curso de una vida individual en algunas dimensiones a requerimiento del investigador, y que posteriormente es analizada de acuerdo con ciertos procedimientos específicos para dar significado al relato. (Bolívar et. al., 2001).

Por consiguiente, nuestra investigación se enriquecerá de la narrativa de los yudocas, requiriendo de ellos una narración donde se recoja, en sentido global, pasado y presente: entre cómo se sentía el narrador antes de

practicar Judo Mental y cómo se siente después de un tiempo determinado interactuando con el programa de intervención, y otra narrativa, por parte de los padres de estos yudocas como complemento a la anterior, que nos proporcionará una visión diferente y complementaria de la realidad.

La narrativa se puede emplear al menos en un triple sentido: a) narrativa misma (fenómeno que se investiga, relato oral o escrito); b) investigación narrativa (método de la investigación, modos de recordar, licitar, construir y reconstruir); y c) uso de la narrativa (como depósito para promover el cambio en la práctica) (Connelly y Clandinin, 1995).

Nuestro trabajo recoge los tres usos: la narrativa que los alumnos (yudocas) y los padres hacen oralmente se recoge a través del investigador; el modo de recordar ha sido el de dirigir la entrevista de los yudocas por el investigador, dando pautas para que el propio alumno realice la narrativa con objetividad (estas pautas son necesarias por las características intelectuales de cada alumno). Para los padres hemos utilizado un documento con 6 preguntas donde se recogen la dimensión social, emocional, psicológica y física donde interactúa el alumno. El depósito que se ha establecido para promover el cambio en la práctica de las actividades físicas en los alumnos con discapacidad intelectual, ha sido la propia Tesis Doctoral.

La distinción entre *life-story* (relato de vida) y *life-history* (historia de vida) es relevante, dado que el *life-story* es el relato inicial que una persona

hace de su vida y que forma parte del *life-history*. Por otra parte, la historia de vida es un relato triangulado, siendo un punto del trípode el propio *life-story* pero completado con los testimonios de otras personas, fuentes documentales, transcripciones o archivos relacionados con la vida de los actores. (Denzin, 1989).

En nuestro caso, estimamos necesario apoyarnos en la historia de vida, porque nos permite la intervención directa (entrevista). En estas situaciones, el investigador transforma la autobiografía en “historia de vida”, como objeto de construcción de sentido a partir de hechos temporales personales vividos. La historia de vida, no tiene por qué ser individualizada; de hecho, aparece como referencia todo un grupo social y profesional que, a lo largo del tiempo, ha ido entretejiendo e incidiendo en esa vida.

Para recopilar la historia de vida de cada alumno, hemos diseñado un instrumento de recogida como relato oral, a demanda del investigador, en una situación interactiva y por sucesivas reconstrucciones a posteriori centrada en dimensiones temáticas específicas. Es una técnica que nos ha permitido penetrar y comprender el interior del mundo de los sujetos inmersos en el programa. Realizamos un *life-history* porque estimamos más aconsejable que realizar sólo un *life-story*. De esta forma tenemos más documentación sobre el actor; ya que mientras que un *life-story* es la narración retrospectiva de la vida o de un determinado aspecto de ella,

hecha por el propio protagonista por iniciativa propia o a requerimiento de uno o varios interlocutores: Goodson (1996) indica que un *life-history* es el conjunto de documentación recogida para la elaboración de un estudio de caso de la vida de unas personas, formando su biografía de su vida en aspectos determinados y en unos años concretos.

Siguiendo a Bolívar, Domingo y Fernández (2001), uno de los objetivos de esta investigación es descubrir, mediante el relato del propio informante, las mejoras producidas en dimensiones física, psicológica y social. Por ello, los documentos que integran la Historia de Vida han sido: el ICAP, (comparación entre dos recogidas de datos); inventario de autoestima de Coopersmith (comparación entre cinco recogidas de datos); el relato del actor sobre su visión de su calidad de vida antes y después de la práctica de Judo Mental; cuaderno de Bitácoras y una entrevista a los padres sobre las aportaciones que el Judo Mental hace en sus hijos que nos permita corroborar las respuestas dadas por ellos. La utilización de múltiples formas de datos o de informantes nos da mayor credibilidad a este trabajo de investigación; lo que hace posible que la realidad sea vista como es y no de cualquier otra forma.

A la hora de realizar la entrevista al alumno sobre su calidad de vida y que incorporamos en su Historia de Vida, hemos tenido en cuenta que cada uno presenta su propia life-story y que nos permite determinar el bienestar

que presentan los yudocas en un momento determinado de nuestro trabajo empírico. Para ello, partimos de unas premisas muy claras y que consideramos imprescindibles: cómo evaluar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y cual debe de ser el instrumento de evaluación.

Para que el alumno pueda tener una visión objetiva de su calidad de vida, estimamos que debe pasar bastante tiempo interactuando con el programa; por ello, la entrevista se realiza al final del programa. Esto le ofrece al actor una perspectiva mucho más clara del cambio supuesto, además de servir de consolidación y agrupamiento de todos los datos obtenidos anteriormente a través de los instrumentos mencionados, componiendo el *puzle* de su Historia de vida.

La elaboración de la entrevista se ha realizado en español, en el *Dojo* de Judo de ASPANIAS–Burgos. Así, para utilizar este instrumento se ha precisado de un proceso de validación, consensuado entre los profesionales de la Asociación y el investigador.

En este sentido, nuestra entrevista ha sido elaborada escogiendo, como base, preguntas de otros cuestionarios ya elaborados y validados que ya vimos en el Capítulo III, porque entendemos que la medición de la calidad de vida es un proceso complejo y no existe un instrumento estándar que pueda aplicarse a todas las áreas de salud. Considerando que los objetivos

de la investigación van a incidir de manera significativa en su confección, como primera etapa de todo el proceso realizamos un estudio detallado para proponer unas dimensiones determinadas y sus respectivos objetivos. Como resultado de este procedimiento, destacamos las dimensiones y objetivos que consideramos que pueden aportar datos significativos para nuestro trabajo:

- *Dimensión física* (percepción del estado físico o la salud del individuo, entendida como ausencia de enfermedad)
  - Mejorar el estado físico
  - Mejorar los hábitos de higiene
- *Dimensión psicológica* (percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo)
  - Mejorar el estado emocional
  - Aumentar el nivel de autoestima
  - Adquirir más independencia
  - Perder el miedo
  - Disminuir la ansiedad

- *Dimensión social* (percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida)
  - Disminuir los problemas de conducta
  - Mejorar la participación en actividades colectivas
  - Mejorar la relación con los demás

En una segunda etapa, hemos definido el contenido de las preguntas teniendo en cuenta su correlación con todas las variables que van a ser incluidas en el análisis posterior y de acuerdo con los objetivos propuestos con anterioridad.

Por último, procuramos la comprensibilidad de cada pregunta. Para ello solicitamos a una parte de los tutores de nuestro caso, la comprensión de cada pregunta<sup>36</sup>.

La forma de registro de la información que nos proporciona la entrevista ha sido la de grabación auditiva por medio de una grabadora digital, pudiendo acceder a la información los tutores y familiares de los informantes.

En cuanto al anonimato de los informantes y el camuflaje de las situaciones y de los nombres del lugar, se ha pretendido llegar a un punto

---

<sup>36</sup> El total de las preguntas se recoge en el ANEXO II.

medio: los nombres de los informantes no estarán recogidos en este documento, pero sí en un documento adicional que podrá ser consultado por las personas, debidamente identificadas, que lo estimen necesario para validar este trabajo de investigación.

Para la elaboración de la entrevista biográfica hemos tenido en cuenta que es imposible establecer un retrato robot del informante ideal; por lo cual, los informantes han sido personas con discapacidad intelectual con una intensidad de apoyos intermitente o limitado, que han seguido el programa de intervención en un porcentaje no inferior al 80% de su totalidad, considerando que los yudocas informantes que han causado absentismo en un porcentaje del 20% o más de las sesiones de Judo Mental, no están en situación para ofrecer una información válida para nuestro estudio analítico.

Estando de acuerdo con Pujadas (1992), la transcripción del relato grabado se ha realizado revisando y estandarizando los fallos de concordancia morfológica, para hacer el texto lo más legible posible, ya que entendemos que es un documento de trabajo que será presentado en un foro especializado. Hemos procurado recoger las pausas, énfasis, dudas y cualquier otro tipo de expresividad oral que haya proporcionado el informante, por medio de un código preestablecido. Todo ello, para liberar al texto de interjecciones o signos de puntuación que resten legibilidad al mismo.



En el proceso de análisis del texto biográfico que constituye la entrevista, como material cualitativo que es, se ha clasificado y categorizado reduciendo a categorías analíticas abstractas (indicadores de Calidad propuestos por Schalock & Verdugo, 2002, 2007), para poder contrastar los fenómenos analizados con las hipótesis de partida. Así, tanto las variables que establecemos como sus escalas de evaluación y su operacionalización se presentan más adelante.

Para este trabajo, nos hemos apoyado en la metodología propuesta por Goetz y Le Compte, (1988), cuyo diseño y desarrollo pasamos a explicar de una manera más clarificante:

**Fase de planificación.** Fase iniciada en febrero de 2004, por el investigador con la colaboración de los profesionales de ASPANIAS. El escenario elegido para la investigación ha sido las instalaciones deportivas de ASPANIAS. Estas instalaciones se han modificado para dar cabida a un espacio adecuado (*Dojo*), donde se pudiera instalar un tatami de 80 metros cuadrados; espacio suficiente para poder realizar la práctica de Judo Mental, en un número máximo de 40 yudocas.

Las estrategias iniciales que se sitúan en el escenario, considerando la naturaleza del objeto y el propósito de estudio, han sido: primero, la evaluación diagnóstica de los alumnos a quien vamos a investigar; después hemos diseñado un programa de intervención con el que podamos recoger

una actividades que se presten a la posible adaptación de cada alumno, y ofrezca la posibilidad real de dar alcance a los objetivos propuestos para esos alumnos. También hemos considerado la frecuencia de las sesiones educativas que vamos a utilizar para ofrecer eficacia al programa. En consecuencia, las sesiones de Judo se han desarrollado los miércoles y viernes de 18 a 19,30 horas, con un descanso de dos meses al año (Julio y Agosto).

El vestuario en la motivación de los yudocas es un elemento fundamental; en consecuencia, cuando el alumno lleva dos o tres sesiones incorporado al programa, le obligamos a vestir, dentro del tatami, con el traje típico (*Judogui* o Quimono).

Conforme se va desarrollando el programa se van incorporando estrategias nuevas que ayudan a consolidar y dar validez a nuestras hipótesis. Entre otras, la colocación, en las paredes del *Dojo*, de dibujos y fotos relacionadas con el Judo. También proponemos concursos de pintura con motivos de Judo y realizamos demostraciones en recintos sociales, donde se propicia la exposición de los logros obtenidos por los yudocas inmersos en el programa.

Otra estrategia educativa es el ofrecimiento de cromos por un buen comportamiento en el tatami, la suma de los cromos hace que el alumno, en un tiempo determinado, obtenga la puntuación exigida para la obtención de

un cinturón de más graduación, aunque se pierden elementos, cuando el Sensei se entera de el comportamiento de un yudoca, siendo bueno en el tatami, es inadecuado fuera de él. Esto hace que este yudoca tarde más tiempo en conseguir el objetivo propuesto (siguiente grado de Judo).

**Fase de entrada en el escenario.** Fase iniciada en Marzo de 2004 por el investigador. Para poder comenzar con nuestro trabajo de investigación, hemos tenido que negociar el acceso al contexto del investigador y de los participantes en el programa. Ha sido muy complicado, pues aunque el investigador dispone de una formación adecuada para desarrollar el trabajo, el tema era poco atractivo por el propio desconocimiento de los profesionales que debían dar los permisos pertinentes. De este modo, tuvimos que convencerles, a través de continuas exposiciones tanto prácticas, como teóricas, de que el Judo es un arte marcial altamente valioso e idóneo para conseguir mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual,

Como los comienzos de los trabajos de investigación con escasas referencias, son difíciles, el nuestro no iba a ser menos. Como consecuencia de ello, comenzamos nuestra andadura con seis participantes y con muchas miradas inquisitivas que realizaban una evaluación continua y exhaustiva a nuestro trabajo diario. En dos meses, los integrantes del programa pasaron a ser un grupo de 10 personas, dispuestas a ser los primeros actores de este

trabajo de investigación. ASPANIAS, una vez convencidos de que los beneficios que aporta esta actividad son muchos, apostó por el trabajo y puso a nuestra disposición todos los recursos materiales y humanos que consideramos oportunos.

**Fase de recogida y análisis de la información.** Fase iniciada por el investigador, en Septiembre de 2004. Una característica de la investigación cualitativa que la distingue de otro tipo de investigación, es el carácter fluido y abierto que evidencia; según el cual, se selecciona y se construye las estrategias de recogida de datos. El uso de diferentes técnicas (observación del investigador, entrevista cualitativa a los yudocas, documentos oficiales que ASPANIAS tiene en sus registros y bases de datos y personales y cuestionarios estandarizados) nos ha posibilitado obtener la información necesaria para la comprensión del fenómeno y los datos significativos sobre los participantes.

**Fase de retirada del escenario.** Supone la negociación de la retirada del escenario y el análisis de la información fuera de éste. Creemos que ésto, puede ofrecer un referente para otras asociaciones que consideren que la actividad física se debe plantear como medio de educación y no solamente para el ocio. Esta fase, en cierto sentido, está sin concluir, ya que nuestro propósito es continuar con las clases de Judo Mental en ASPANIAS como voluntario; puesto que, tanto la Asociación, como las familias de los

yudocas y el investigador de este trabajo así lo han decidido, en pro de seguir proporcionando, a los yudocas que continúan con el programa y a los nuevos integrantes en él, el instrumento generador de bienestar que se expone en este trabajo.

**Fase exploratoria o de reflexión.** Esta fase tiene su correspondencia con la primera fase del trabajo de investigación. Básicamente se ha centrado en la identificación del objeto de estudio, la delimitación de los temas de interés, la revisión documental y la definición del cuerpo teórico sobre el que se ha sustentado la investigación. Esta fase ha sido concluida al término de este trabajo para poder presentarle a su evaluación, pero a nuestro modo de ver las cosas, debe de estar sujeta a constante revisión, considerando que en cualquier momento puede aparecer publicado un trabajo de investigación, un artículo científico o una ponencia de nuestro interés. Nuestra inscripción a foros, revistas y bases de datos específicas y especializadas ha ofrecido esta puesta continuamente abierta y sólo cerrada, temporalmente, cuando comenzamos la última fase del proceso.

**Fase de elaboración del informe.** Fase iniciada por el investigador, en febrero de 2008. Con esta fase culmina nuestro apasionante trabajo, y trata de dar a conocer y situar al lector en el trabajo realizado con la complejidad y multiplicidad de aspectos que se hayan interrelacionados.

## **5.2.- Comparación de datos**

Siguiendo con el paradigma cualitativo, la metodología que vamos a seguir para comprobar que la calidad de vida de los sujetos, experimenta un cambio a medida que el programa de intervención se desarrolla, cuenta con el diseño de grupo de control con una secuencia de registro de pre-test/tratamiento/post-test. El formato metodológico junto con su unidad de análisis; evaluación-investigación-intervención es susceptible de aplicación a esta investigación-tratamiento de orientación conductual, exclusivamente orientada al análisis funcional de ciertos hábitos de comportamiento conducentes a fijar el bienestar generado, en cada alumno, por la práctica del Judo Mental.

De acuerdo con esta metodología, seleccionamos los instrumentos de recogida de datos para efectuar una evaluación inicial: ICAP y test de autoestima de Coopersmith.

Todas las pruebas de diagnóstico se han aplicado dentro de los cuatro primeros meses de aplicación del programa, sirviendo como base para la evaluación inicial. Las condiciones ambientales (temperatura, luz, ruidos) han sido las idóneas para favorecer la actitud de concentración. Los alumnos han tenido una motivación positiva y suficiente para realizar las pruebas de la mejor posible, evitando los errores en las medidas que se deriven de una falta de adecuación personal del yudoca a la tarea que se le exige.

Más tarde, y después de los análisis pertinentes que nos permiten conocer las características y capacidades de los alumnos con los que vamos a interactuar, diseñamos las actividades de aprendizaje que se han llevado a cabo durante el desarrollo del trabajo empírico.

Posteriormente, ponemos en práctica el programa de intervención, teniendo presente, que para la realización de cualquier actividad educativa como Judo Mental, el alumno no debe limitarse exclusivamente a la realización de las tareas propuestas, sino que además debe integrarse en la dinámica de la sesión y experimentar con las habilidades básicas, las diferentes posibilidades que permite el *Randori*, las *Katas* y los juegos propuestos.

Las sesiones están compuestas de métodos inductivos, generando situaciones pedagógicas que, partiendo de lo espontáneo, se van enriqueciendo con las variables que aporta el propio desarrollo de las tareas. En otros momentos se han utilizado métodos deductivos, donde la intervención del Pedagogo ha sido total, favoreciendo la consecución de técnicas y modelos a través de una actividad dirigida y codificada. Otras veces las actividades han tenido un carácter libre, sin determinar procesos y resultados, pues el propio alumno es el que las va determinando. Posteriormente, y a medida que éstas se complican, el *Sensei* (Pedagogo), desde la observación, sugiere formas de realizar la actividad. El saber

cuándo intervenir se ha convertido en una de las tareas más complicadas y a la vez más ricas desde el punto de vista pedagógico.

También ha sido fundamental establecer prioridades de enseñanza a través de criterios principales que puedan guiar la toma de decisiones para que los objetivos y contenidos se expliciten: a) tener en cuenta el tipo y grado de apoyo que cada alumno requiere; b) considerar que sus procesos psicológicos están fuertemente vinculados a lo concreto; c) Establecer continuas relaciones entre los objetivos y contenidos y el tiempo a invertir para su adecuado desarrollo y aprendizaje; d) tomar en consideración la relevancia psicológica y social de los contenidos; e) partir del carácter experimental de los aprendizajes que realizan los alumnos; f) tener en cuenta las necesidades y características de todos los alumnos a la hora de seleccionar y explicar los objetivos y contenidos.

Por último, volvemos a realizar varias recogidas de datos a través de los instrumentos seleccionados anteriormente. Con ello, pretendemos observar; por un lado, los cambios producidos en el nivel de autoestima de los yudocas y por otro, las modificaciones sufridas en sus rasgos de comportamiento personal y social a través de la adquisición de habilidades adaptativas.



## **6.- Participantes**

Cuando nos propusimos iniciar un trabajo de investigación de estas características y después de comprobar que no teníamos referencias de investigaciones o trabajos empíricos que nos pudieran aportar datos concretos para poder realizar los análisis pertinentes, tuvimos que reflexionar sobre la idea de realizar nosotros mismos ese trabajo empírico, necesario para llevar a cabo esta investigación. De este modo, consideramos los participantes que éramos capaz de controlar y si el número de ellos podría ser representativo del colectivo de personas con discapacidad intelectual con apoyos intermitentes o limitados.

Así, llegamos a la conclusión de que 17 personas podría ser un número idóneo con el que interactuar en el contexto especial del que disponíamos. Con esto resuelto, sólo quedaba disponer de 17 sujetos con una etiología diferente y que representara a este colectivo. Por lo tanto, entre los profesionales de ASPANIAS y el investigador se procedió a la elección de las personas que iban a formar parte de este proyecto.

El caso está constituido por sujetos con una intensidad de apoyo intermitente o limitado correspondiente a su discapacidad intelectual. Algunos individuos presentan discapacidad física asociada que debe ser, también, considerada en su práctica de Judo Mental.

Se trata, en general, de personas que padecen de dificultades del aprendizaje y de la conducta, cuya etiología es de origen orgánico, psíquico o no precisada, claramente; que se diferencien entre sí, a veces de manera notoria, y otras muy sutilmente por algunos signos o síntomas. De tal manera que pueden subyacer diferentes síndromes y cuadros clínicos tanto en la etiología como en las complicaciones de los trastornos del aprendizaje y de la conducta.

Comienzan el programa 10 alumnos (7 varones y 3 mujeres), los demás (4 varones y 3 mujeres) se van incorporando paulatinamente; haciendo un total, en la actualidad, de 11 varones y 6 mujeres en edades comprendidas entre los 18 y los 49 años, en el momento de su incorporación. Todos ellos son usuarios de la Asociación ASAPANIAS de Burgos y se comunican hablando castellano, con buena visión y audición.

Esta incorporación de participantes, una vez comenzado el programa, se debe al carácter abierto que queremos ofrecer a este estudio de investigación. Entendemos que con nuevas incorporaciones, se enriquece el programa al tener que realizar una constante evaluación y modificación del mismo.

## **Capítulo IV: Desarrollo de la Investigación**

1.- Identificación de las características y capacidades personales.....	161
1.1.- Evaluación diagnóstica de la Conducta Adaptativa. ....	162
1.2.- Evaluación diagnóstica del nivel de autoestima .....	170
1.3.- Evaluación diagnóstica de los participantes del caso (DIP).....	185
1.4. Características generales de los participantes a investigar .....	247
2.- Propuesta de un modelo de programa de intervención (Judo Mental). ....	249
2.1.- Objetivos y contenidos del programa.....	251
2.2.- Marco referencial del programa de intervención .....	252
2.3.- Metodología del programa de intervención. ....	291
2.4.- Modelo de programa (Judo Mental) .....	324



## **1.- Identificación de las características y capacidades personales**

Una vez se ha explicitado la metodología de nuestro trabajo de investigación, es necesario conocer las características de los participantes a los que vamos a investigar, tanto individual como grupal.

Las variables definidas operacionalmente, sus indicadores y valores nos permiten realizar una evaluación diagnóstica de las personas que van a interactuar dentro del programa, esto es fundamental para pasar del trabajo teórico al empírico, donde extraeremos los datos relevantes para plasmar los resultados y conclusiones finales de este documento.

Como hemos advertido, nuestro estudio de caso se ha referido a 17 alumnos, aunque en un principio sólo fueron 10 los que comenzaron con el programa de intervención. Hemos de señalar en este punto, que a medida que la asociación ASPANIAS ha comprobado de eficacia del programa nos ha ido incorporando nuevos alumnos, llegando en la actualidad a formar un grupo de 35 personas, pero consideramos que estos 18 últimos no pueden ser incorporados en esta investigación por no disponer de tiempo suficiente para producirse los análisis pertinentes, aunque si estimamos oportuno realizar una nueva investigación con estas 18 personas, mas otras 19 que en la actualidad tenemos bajo nuestra responsabilidad y que pertenecen a la

Asociación de Padres de Personas con Discapacidad Intelectual (Berenguela L.).

Los datos que a continuación se presentan, se refieren a la evaluación diagnóstica que hemos efectuado de los sujetos inmersos en el programa y se han obtenido entre los meses de mayo y septiembre de 2004 (primeras sesiones del programa), a través de los siguientes instrumentos de recogida de datos: a) un inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual (ICAP); b) un cuestionario para evaluar el nivel de autoestima de los alumnos (ANEXO IV) y; c) un cuestionario de rasgos de comportamiento, relleno por los padres de los alumnos (ANEXO II). Estos datos serán colocados en comparación, más adelante, con los que se obtengan en diferentes recogidas a lo largo de estos 5 años de interacción con el programa.

### **1.1.- Evaluación diagnóstica de la Conducta Adaptativa.**

Para poder comprender por qué una persona se comporta de una manera y no de otra, filósofos, teólogos y antropólogos han desarrollado muchas teorías. Todt (1982) hace un repaso por muchos de ellos: Darwin, en 1859 inició el cambio decisivo en la investigación sobre la conducta humana al postular la negación de una diferencia específica entre el hombre y los animales. Esto permitió investigar la conducta inteligente de los animales y la conducta intuitiva del ser humano. Más tarde, John B. Watson

con su “teoría del conductismo”; Juan P. Pavlov a través del “condicionamiento clásico”; Edward L. Thorndike con la “ley del efecto”; Alfred N. Whitehead y Bertrand Russell con su “principia matemática”; Curt P. Richter por la “actividad general”; Cannon con su “teoría local de la motivación del hambre y la sed” y por último Clack L. Hull a través de su “teoría de la pulsión”, colocaron las bases para la investigación del aprendizaje, donde se coloca la adaptación del individuo en el marco del proceso de socialización, dentro del cual tiene que adquirir las conductas y valores propios de ella.

Casi todas las definiciones de conducta adaptativa coinciden en señalar el desarrollo adecuado de las destrezas de autonomía personal para la satisfacción de las necesidades más básicas y las destrezas necesarias para ser un miembro activo de la sociedad. Otra faceta sobre la que existe consenso es la posibilidad de una modificación más significativa que la de otras dimensiones, como la cognitiva (Montero, 1999a). En este sentido, Leland en 1978 afirmó que la conducta adaptativa es el aspecto reversible de la discapacidad intelectual y que una mejor conceptualización y medida de la misma, podría contribuir a los esfuerzos dirigidos a la normalización de la vida de las personas con discapacidad intelectual.

Para comprobar la situación de estas conductas, en nuestro caso, y después de realizar una consulta a los profesionales de ASPANIAS

(psicólogos y pedagogos) nos decantamos por el uso del ICAP, ya que estos profesionales cuentan con una dilatada experiencia con este tipo de cuestionarios. Ellos mismos han optado por este cuestionario incluyéndolo en el historial de sus usuarios que tienen a su disposición. De este modo, optimizamos recursos y tiempo haciendo uso del ICAP que ya dispone cada persona cuando se incorpora al programa.

Esta herramienta nos proporciona el marco de valoración global de la conducta adaptativa que presentan los individuos para desenvolverse con independencia en diversos entornos: hogar, escuela/trabajo y variados entornos sociales.

Su adaptación española ha sido realizada por el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la Universidad de Deusto, siendo de aplicabilidad para personas de cualquier edad, estando fundamentalmente pensado para ser utilizado en personas con discapacidad intelectual.

Consta de 77 reactivos o ítem sobre conducta adaptativa que se distribuyen en cuatro escalas:

1.- Destrezas motoras: escala que mide destrezas de motricidad fina y gruesa, relativas a movilidad, forma física, coordinación motora general y precisión de movimientos.



2.- Destrezas sociales y comunicativas: escala que implica la interacción social de distintos entornos y, también comprensión y expresión del lenguaje transmitido a través de signos, de forma escrita u oral.

3.- Destrezas de la vida personal: escala que aborda la capacidad del sujeto para satisfacer sus propias necesidades de autonomía personal generalmente en el marco del hogar y, en menor medida en otros entornos sociales. Valora destrezas relacionadas con la preparación de comida, uso del servicio, vestido, cuidado de sí y habilidades domésticas.

4.- Destrezas de la vida cotidiana: escala que evalúa las habilidades necesarias, para un adecuado uso de recursos y servicios de la sociedad, además de la capacidad de responder adecuadamente a los requisitos económicos y sociales del mundo laboral y de otras situaciones sociales: Las áreas que aborda son las destrezas relacionadas con el ámbito laboral y el sentido de orientación dentro del hogar y en la comunidad.

Los valores óptimos de los sujetos en cada variable están determinados por el porcentaje más alto posible (100%) de las cuestiones de cada apartado, luego todo lo que se encuentre por debajo de este valor significa un problema de conducta adaptativa para eliminar o mejorar.

La valoración de cada apartado se expone en la columna “directa”. Los valores de la columna “escala” corresponden a los datos parciales de la independencia general de cada yudoca, siendo el valor de la columna

“independencia general” el promedio de todos los datos de las columnas “escala”. De este modo, los datos correspondientes a estas columnas se analizan en su totalidad y no de forma parcial como sucede en los datos de las columnas “directa”, ya que consideramos que éstos sí son relevantes para nuestro análisis diagnóstico.

Los datos que a continuación exponemos, no requieren de una comparación con los aportados en otros casos de sujetos sin discapacidad intelectual, puesto que, como ya hemos dicho anteriormente, esta herramienta, está pensada para su aplicación en personas con discapacidad intelectual. Tampoco creemos necesario establecer una comparación con otros casos de sujetos con discapacidad intelectual que no van a pertenecer al programa, entendiendo que una forma de cumplimentar este cuestionario es a través de la observación del *Sensei* en el comportamiento del yudoca en el tatami, cuestión que no podemos realizar con personas que no estén interactuando en el *Dojo*. Además, para nuestro trabajo, lo importante es comprobar qué problemas de conductas adaptativas tienen los individuos que sí van a interactuar con el programa para tratar de solucionarles, y esto se explicita sin necesidad de realizar ninguna comparación con otros casos. Así, con los datos que tenemos a nuestra disposición <sup>(Tabla 6)</sup>, extraemos las siguientes conclusiones:

**Tabla 6. ICAP-año 2004. (judocas del caso biográfico-narrativo de ASPANIAS-BURGOS).**

sujetos	Destrezas									
	motoras (a <sub>1</sub> )		sociales y comunicativas (a <sub>2</sub> )		vida personal (a <sub>3</sub> )		vida en la comunidad (a <sub>4</sub> )		Independencia	
	directa	escala	directa	escala	directa	escala	directa	escala	general (a <sub>13</sub> )	
101	54 (100%)	500	57 (100%)	516	55 (87,30%)	507	47 (82,45%)	507	507,50 (97,64%)	
102	54 (100%)	500	55 (96,49%)	507	61 (96,82%)	519	55 (96,49%)	526	513 (98,70%)	
103	51 (94,44%)	488	53 (92,98%)	502	51 (80,95%)	501	56 (98,24%)	505	499 (96%)	
104	54 (100%)	500	57 (100%)	516	63 (100%)	529	50 (87,71%)	517	515,5 (99,18)	
105	47 (87,03%)	480	50 (87,71%)	497	49 (77,77%)	498	43 (75,43%)	500	493,75 (94,99%)	
106	54 (100%)	500	57 (100%)	516	60 (95,23%)	516	53 (92,98%)	522	513,5 (98,79%)	
107	50 (92,59%)	486	54 (94,73%)	505	55 (87,30%)	506	49 (85,96%)	514	502,75 (96,72%)	
108	54 (100%)	500	57 (100%)	516	60 (95,23%)	516	50 (87,71%)	517	512,25 (98,55%)	
109	49 (90,74%)	484	49 (85,96%)	495	49 (77,77%)	498	43 (75,43%)	500	494,25 (95,02%)	
110	53 (98,14%)	502	47 (82,45%)	492	50 (79,36%)	500	44 (77,19%)	501	498,75 (95,95%)	
111	54 (100%)	500	48 (84,21%)	494	55 (87,30%)	507	44 (77,19%)	501	500,5 (96,29%)	
112	48 (88,88%)	482	51 (89,47%)	499	54 (85,71%)	505	50 (87,71%)	517	500,75 (96,34%)	
113	48 (88,88%)	482	42 (73,68%)	487	51 (80,95%)	501	34 (56,64%)	490	490 (94,27%)	
114	48 (88,88%)	482	46 (80,70%)	491	47 (74,60%)	496	41 (71,92%)	497	491,5 (94,56%)	
115	50 (92,59%)	486	48 (84,21%)	494	47 (74,60%)	496	43 (75,43%)	500	494 (95,04%)	
116	49 (90,74%)	484	44 (77,19%)	489	49 (77,77%)	498	31 (54,38%)	486	489,25 (94,13%)	
117	48 (88,88%)	482	47 (82,45%)	492	52 (82,53%)	502	42 (73,68%)	499	493,75 (94,99%)	
<b>promedios de las puntuaciones obtenidas</b>										
	50,88 (94,22%)	490,471	50,70 (88,95%)	500,4705882	53,41 (84,77%)	505,5882	45,58 (79,96%)	505,8235294	500,15 (96,22%)	

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

En la variable a<sub>1</sub> (destrezas motoras), destacamos que el sujeto 105 presenta el valor más bajo de la escala (47); un 87,03% del valor máximo. Seis de los sujetos tienen el valor máximo de la escala (54). El promedio de los sujetos es del (50,88); un 94,22% del promedio máximo. Por lo general, nos encontramos con personas con discapacidad intelectual que en destrezas motoras no presentan graves problemas.

En la escala “destrezas sociales y comunicativas” (variable a<sub>2</sub>), la diferencia del promedio de los sujetos es algo más amplia: (50,70) frente al (57); un 88,95% del promedio máximo posible. Es importante señalar las puntuaciones de los sujetos 113 y 116 con un puntaje de (42 y 44); un 73,68% y un 77,19% respectivamente, del promedio máximo. Estos sujetos

son los más bajos de los participantes a investigar. También es importante señalar que cuatro de los sujetos presentan el valor máximo de la escala.

En las destrezas de la vida personal (variable  $a_3$ ), el promedio de los valores de los sujetos es el (53,41); 84,77% del promedio máximo. El valor más bajo, lo presentan los sujetos 114, 115 con un valor de (47); un 74,60% del valor máximo. Generalizando, los valores de los sujetos demuestran que su intensidad de apoyo para la vida personal, se encuentra entre parámetros de intermitente y limitado, ya que sólo el sujeto 104 ha obtenido la puntuación máxima.

En el apartado “destrezas de la vida en la comunidad” (variable  $a_4$ ) es donde el promedio general del valor obtiene su peor puntuación, el (45,58); un 79,96% del valor máximo. Reseñamos, por su importancia, los valores de los sujetos 113 y 116 (34 y 31); el 56,64% y el 54,38% del valor máximo de la escala. Estos sujetos ya tienen puntuaciones bajas en la escala “destrezas sociales y comunicativas”.

En el apartado “independencia general” (variable  $a_{13}$ ) tenemos una puntuación de (500, 15) como promedio de todos los sujetos, un 96,22%. Los sujetos 103, 109, 110, 113, 114, 115, 116 y 117 son los que van a necesitar más intensidad en la frecuencia de sus apoyos. Es sintomático que los sujetos que menos independencia general presentan son los que se han incorporado más tarde al programa, su explicación radica en que sus tutores,

al enterarse, por compañeros suyos, de los beneficios que aporta el Judo a este colectivo, se interesan por la incorporación de sus alumnos al programa, considerando que son personas susceptibles de mejora en sus conductas adaptativas.

De este modo, podemos observar que nuestros alumnos en destrezas motoras no presentan problemas que desaconsejen su interacción en el programa; hemos podido trabajar con muchas de las técnicas de Judo del programa tradicional. Así, la adaptación ha sido muy pequeña, aunque hemos prestado especial atención en el sujeto 105. Es importante señalar en este punto, que las técnicas que puedan conllevar algún tipo de lesión son eliminadas del programa. Para nuestro propósito, carece de importancia el número total de técnicas que llegue a dominar el yudoca.

En cuanto a las destrezas sociales, los datos recogidos nos muestran, como media general, problemas serios de destrezas. Esto nos indica que las relaciones sociales dentro del programa tienen mucha importancia, y en especial en los sujetos 113 y 116; ya que son los que presentan un valor mucho más bajo. A la hora de la confección de parejas para la realización de los *Uchi-komis*, tenemos presentes estos datos y colocamos a un sujeto con valor bajo con otro de valor alto (la mayoría de los ejercicios que conducen al desarrollo de las técnicas se realizan en pareja). De este modo, mejoraremos la interacción y comunicación verbal y no verbal, con los

demás integrantes del programa (gestos, movimientos espontáneos, contacto visual, expresión facial, contacto físico, distancia, postura, entre otros).

Tanto en las destrezas de vida personal, como en la vida en la comunidad, también encontramos problemas serios. La media general es bastante baja con respecto al promedio máximo y esto nos alerta para que a la hora de diseñar el programa de intervención, tengamos presentes la mejora de estos apartados.

Esta acrecentación pasa por la incorporación en nuestras sesiones físicas y educativas, de actividades de índole actitudinal, como por ejemplo: diálogo, humildad, disciplina, justicia, solidaridad, serenidad y optimismo, entre otras. Valores éticos que capacitan al yudoca en la mejora de su calidad de vida.

### **1.2- Evaluación diagnóstica del nivel de autoestima**

La autoestima es el núcleo principal alrededor del cual, gira cada aspecto de nuestra vida. Para Palmer y Alberti (1992), el nivel de bienestar que somos capaces de experimentar, el éxito que podemos manifestar, la creatividad que nos permitimos expresar, los logros que somos capaces de actualizar y tantos otros aspectos de nuestra vida personal, están intrínsecamente ligados a nuestra autoestima.

En lo más profundo de nuestro ser, existe una imagen que nosotros mismos hemos creado, aunque no seamos plenamente conscientes de ello. Esta imagen, refleja la idea que nosotros nos hemos forjado de quienes somos como persona y cuanto de valor tenemos respecto a otros. Se corresponda o no con la realidad, es nuestro punto de referencia con respecto al mundo que nos rodea; nuestra base para tomar decisiones y nuestra propia guía para todo lo relacionado con nuestra actividad diaria (Saura, 1996).

La autoestima es esencial para posibilitar la habilidad de interactuar de una manera funcional y armónica en nuestras vidas cotidianas, pero existe un pequeño detalle: esa imagen que tenemos de nosotros mismos es algo muy sutil, y de lo cual no somos plenamente conscientes. Por lo general, no somos capaces de señalar a nuestro nivel de autoestima como la causa de las situaciones que experimentamos en la vida. Nuestro nivel de autoestima es el responsable y nosotros somos responsables de todo lo que ocurre en nuestras vidas. Nuestro nivel de autoestima puede ser alto o bajo y, consecuentemente cada uno incidirá en nuestro bienestar personal (Feldman y Marfan, 1997). Las personas que tienen un nivel de autoestima bajo dependen de los resultados presentes para establecer cómo deben sentirse con respecto a sí mismos. Necesitan experiencias externas positivas para contrarrestar los sentimientos negativos que albergan hacia ellos mismos.

Un nivel de autoestima positivo es fundamental en nuestra habilidad para evaluarnos objetivamente, conocernos realmente, y ser capaces de aceptarnos y valorarnos incondicionalmente. Es decir, ser capaces de reconocer de manera realista nuestras fortalezas y limitaciones, y al mismo tiempo aceptarnos como valiosos sin condiciones o reservas. La autoestima positiva nos permite realizar nuestros sueños. Mientras más nos aceptamos y nos apreciamos nosotros mismos, más nos comportamos de una manera que nos permite ser aceptados y apreciados por otros. Mientras más creemos que somos capaces de lograr nuestras metas, más aumentan nuestras probabilidades de hacerlas realidad (Collarte y Arzola, 1990).

La primera recogida de datos corresponde a una evaluación diagnóstica. Para nosotros esta evaluación es fundamental, puesto que pretendemos conocer la imagen actual del nivel de autoestima de los sujetos y la comparación entre casos, para poder situarnos en las perspectivas que tenemos en cuanto a posibilidades de mejora de los sujetos que van a seguir el programa de intervención denominado, por nosotros, "Judo Mental".

En nuestro caso, nos hemos apoyado en los datos que nos ha proporcionado un test psicológico confeccionado para este fin, como es el "Inventario de Autoestima de Coopersmith (1959)", validado en Chile por Brickmman, Segure y Solar (1989), utilizando el diseño cuasiexperimental de pretest y postest.



## **Ficha técnica del inventario**

Autor: Stanley Coopersmith (1967)

Año de Edición: 1989

Adaptación: Brickmann, Segure y Solar

Ámbito de Aplicación: de 18 a 65 años

Forma de Administración: individual

Las variables intervinientes han sido: autoestima general, social, familiar y laboral.

Áreas que explora: el inventario está dividido en 4 sub-test más un sub-test de mentira:

*Sub-test L (Mentira)*: está compuesto por 8 ítems (6,13, 20, 27, 34, 41, 48, 55). Éste sub-test indica la falta de fiabilidad en los resultados obtenidos en el inventario. Por lo cual, si en este apartado el puntaje es superior a 4 respuestas acertadas se invalida el inventario.

*Sub-test General*: está compuesto por 26 *item* (1, 2, 3, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58). En este sub-test los alumnos que presentan niveles altos de autoestima poseen una valoración positiva de sí mismos, tienen mayores aspiraciones, más

estabilidad y a la hora de enfrentarse a desafíos y problemas, responden con confianza y seguridad. Los que poseen niveles bajos de autoestima reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, tratan de compararse con los demás y mantienen actitudes negativas hacia sí mismos.

*Sub-test Social:* Está compuesto por 8 *item* (4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53). Los niveles altos de autoestima en este sub-test, indican que el individuo posee mayores habilidades sociales, dado que sus relaciones con los demás son más fluidas. Los niveles bajos tienen serias dificultades para relacionarse con los demás, impidiendo la aceptación social.

*Sub-test Familiar:* Está compuesto por 8 *item* (5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54). Los niveles altos en este sub-test indican que el alumno tiene buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas familiares, se sienten respetados y valorados por los componentes de su familia, poseen independencia. En cambio el alumno que presenta niveles bajos presenta cualidades y habilidades negativas hacia las relaciones íntimas con la familia.

*Sub-test Laboral:* Está compuesto por 8 *item* (7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56). Los niveles altos poseen buena capacidad para afrontar las tareas laborales que se les encomienda. Son más realistas en la autoevaluación de sus propios resultados de logros. Los niveles bajos presentan falta de interés

hacia las tareas laborales y no son capaces de afrontar tareas nuevas sin temor al fracaso.

Descripción de la prueba: El inventario de Autoestima de Coopersmith está constituido por 58 ítems, con respuestas dicotómicas (si-no). En nuestro caso hemos tenido que realizar algunas modificaciones; no en cuanto al contenido de la pregunta, sino al contenido de la respuesta. En este sentido, hemos podido apreciar que la respuesta original del test era poco clarificante para los yudocas que la iban a contestar. Así, en muchas de las respuestas hemos modificado el “sí” y el “no” que ofrece la respuesta de la pregunta correspondiente, por algo más extenso, por ej.: en la pregunta número 6 en vez del “no” incluimos “no me preocupo” y en vez del “sí”, “sí me preocupo”. Entendemos que esto no cambia significativamente los resultados y mejora la objetividad de los mismos. Las preguntas relacionadas con la variable “laboral” del sub-test laboral son adaptadas para los más pequeños, dado que no trabajan en la actualidad. De este modo, son preguntas relacionadas con su actividad en el centro de formación. Esta adaptación consiste en la transformación verbal de la pregunta.

Normas de corrección: El puntaje máximo global es de 100 puntos y se obtiene sumando el número de respuestas correctas y multiplicando éste por 2 sin incluir el puntaje de mentiras. De esta forma, un nivel global bajo del nivel de autoestima corresponde a menos de 29 respuestas acertadas, o lo

que es igual, un 58%. Si las respuestas acertadas están entre 29 y 37 (un 58% y un 74%), el nivel de autoestima global corresponde a normal. Si las respuestas acertadas son más de 37 (un 74%), el nivel de autoestima es alto. La distribución de los puntajes máximos es la siguiente: 52% para el apartado "autoestima general", 16% para el apartado "autoestima social", 16% para el apartado "autoestima familiar" y 16% para el apartado "autoestima laboral".

En el *sub-test General*: si las respuestas acertadas son menos de 16 se considera que el nivel de autoestima en este apartado es bajo. Si las respuestas acertadas están entre 16 y 20, se valora como que el nivel de autoestima es normal. Si las respuestas acertadas son más de 20, el nivel de autoestima es alto.

En el *sub-test Social*: si las respuestas acertadas son menos de 5 se considera que el nivel de autoestima, en este apartado, es bajo. Si las respuestas acertadas están entre 5 y 7, se considera que el nivel de autoestima es normal. Si las respuestas acertadas son más de 7, el nivel de autoestima es alto

En el *sub-test Familiar*: si las respuestas acertadas son menos de 4 se considera que el nivel de autoestima en este apartado es bajo. Si las respuestas acertadas están entre 4 y 5, se estima que el nivel de autoestima

es normal. Si las respuestas acertadas son más de 5, el nivel de autoestima es alto.

En el *sub-test Laboral*: si las respuestas acertadas son menos de 4 se considera que el nivel de autoestima en este apartado es bajo. Si las respuestas acertadas están entre 4 y 5, el nivel de autoestima es considerado como normal. Si las respuestas acertadas son más de 5, el nivel de autoestima es alto.

Validez de Contenido: La redacción de los ítem tuvo algunos cambios de expresión, de acuerdo a las sugerencias de los psicólogos de ASPANIAS, considerando las características de los participantes investigados. Los ítem que cambiaron respecto a su expresión son los siguientes:

<b>Adaptación de Brinkmann y Segure</b>	<b>Adaptación propia</b>
Paso mucho tiempo soñando despierto.	Paso mucho tiempo pensando en cosas que puedo hacer más tarde.
Estoy seguro de mí mismo.	Estoy seguro de mí mismo. Confío en lo que soy capaz de hacer
Mis padres y yo nos divertimos juntos.	Mis padres, mis hermanos y yo nos divertimos mucho juntos.
Nunca me preocupo por nada.	Nunca me preocupo por nada, todo me da igual.
Me avergüenza (me da "plancha") pararme frente al curso para hablar.	Me da vergüenza hablar en clase, delante de los demás compañeros.
Mis amigos gozan cuando están conmigo.	Mis amigos se divierten mucho cuando están conmigo.
Me incomodo en casa fácilmente.	No me gusta estar en casa con mi familia.
Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.	Siempre tengo que tener a alguien cerca de mí, para que me diga lo que tengo que hacer.
Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.	No me gustan las cosas nuevas, prefiero hacer lo que hago todos los días.
Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.	A menudo, me arrepiento de las cosas que hago, creo que todo lo hago mal.
Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.	Soy popular entre mis compañeros. Todos me quieren.
Usualmente mis padres consideran mis	A menudo, mis padres tienen en cuenta mis

sentimientos	sentimientos y me respetan.
Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.	Cuando trabajo, lo hago lo mejor que puedo.
Me doy por vencido fácilmente	Me rindo, me doy por vencido fácilmente ante las dificultades.
Usualmente., puedo cuidarme de mí mismo.	Casi siempre puedo cuidarme solo, no necesito a nadie.
Preferiría jugar con niños menores que yo.	Prefiero jugar con personas más jóvenes que yo.
Mis padres esperaban demasiado de mí.	Mis padres esperan que yo haga las cosas mejor de lo que las hago.
Me gustan todas las personas que conozco.	Me gusta caer bien a las personas que conozco. Me gusta ser simpático.
Me gusta que el profesor me interroge en clase	Me gusta que los profesores me pregunten.
Me entiendo a mí mismo.	Me entiendo a mí mismo. Sé cómo soy yo.
Las cosas en mi vida están muy complicadas.	Las cosas en mi vida están muy complicadas, a menudo no sé qué hacer.
Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.	Las demás personas, casi siempre siguen mis consejos.
No estoy progresando en la escuela como me gustaría.	No estoy progresando en el trabajo como me gustaría.
Realmente no me gusta ser un muchacho (una muchacha).	Realmente, no me gusta ser como soy.
Tengo una mala opinión de mi mismo. .	Tengo una mala opinión de mi mismo. Creo que hago las cosas mal.
No me gusta estar con otra gente.	No me gusta estar con otras personas, prefiero estar sólo.
Frecuentemente me incomoda la escuela.	No me gusta ir al trabajo todos los días.
Frecuentemente, me avergüenzo de mí mismo.	Me avergüenzo de ser como soy.
No soy tan bien parecido como otra gente	No soy tan guapo como otras personas.
Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.	Mis profesores me hacen sentir que no soy una gran persona.
A mí no me importa lo que pasa.	No me importa lo que puede pasar a mi alrededor.
Soy un fracaso.	Soy un fracaso en todo lo que hago.
Me incomodo fácilmente cuando me regañan.	Me sienta mal que me regañen.
La sotras personas con más agradable que yo.	Creo que las demás personas son mejores que yo.
Habitualmente, siento que mis padres esperan más de mí.	Creo que mis padres quieren que sea mejor persona de lo que soy.
Siempre sé qué decir a otras personas.	Siempre sé qué decir a las personas cuando hablo con ellas.
Frecuentemente, me siento desilusionado en la escuela.	Frecuentemente me siento desilusionado. No tengo ganas de trabajar.
Generalmente, las cosas no me importan	A menudo las cosas ni me importan ni me interesan.
No soy una persona confiable como para que otros dependan de mí.	No soy una persona en la que los demás puedan confiar.

La organización y el análisis de los datos, lo hemos realizado a través del programa informático de estadística SPSS para Windows versión 15. De esta forma los datos recogidos son los siguientes:

**Tabla 7. Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso SDI)**

<b>sujetos</b>	<b>edad</b>	<b>sexo</b>	<b>nivel de apoyo</b>	<b>Nivel de autoestima</b>
				<b>sep-04</b>
sujeto 1	23	varón		84%
sujeto 2	33	mujer		82%
sujeto 3	25	varón		86%
sujeto 4	31	varón		88%
sujeto 5	46	varón		78%
sujeto 6	37	mujer		90%
sujeto 7	34	varón		70%
sujeto 8	17	varón		60%
sujeto 9	40	mujer		96%
sujeto 10	26	varón		86%
<b>valor max.</b>	46		<b>valor max.</b>	96%
<b>valor min.</b>	17		<b>valor min.</b>	60%
<b>rango</b>	29		<b>rango</b>	36
<b>Promedio</b>	32		<b>Media Geom.</b>	81,35%
<b>des. Tip</b>	8,66		<b>des. Tip</b>	9,87

---

**Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith**

Tabla 8. Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$  (Caso SDI)

sujetos	Mentira	General ( $b_1$ )	Social ( $b_2$ )	Familiar ( $b_3$ )	Laboral ( $b_4$ )	total ( $b_5$ )
sujeto 1	0	48%	14%	12%	10%	84%
sujeto 2	0	46%	14%	12%	10%	82%
sujeto 3	0	44%	14%	14%	14%	86%
sujeto 4	0	46%	14%	16%	12%	88%
sujeto 5	1	40%	14%	12%	12%	78%
sujeto 6	0	50%	16%	12%	12%	90%
sujeto 7	0	36%	14%	10%	10%	70%
sujeto 8	2	36%	12%	8%	4%	60%
sujeto 9	0	52%	16%	13%	14%	96%
sujeto 10	0	48%	14%	12%	12%	86%

<b>Media geométrica</b>	44,27%	14,16%	11,92%	10,50%	81,35%
<b>valores máximos</b>	52%	16%	16%	16%	100%

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

Tabla 9. Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso DI)

sujetos	edad	sexo	nivel de apoyo	nivel de autoestima
				<b>sep-04</b>
sujeto 11	32	varón	intermitente	90%
sujeto 12	28	mujer	intermitente	68%
sujeto 13	32	mujer	limitado	52%
sujeto 14	28	mujer	intermitente	62%
sujeto 15	34	varón	intermitente	86%
sujeto 16	27	mujer	intermitente	76%
sujeto 17	34	mujer	intermitente	62%
sujeto 18	34	mujer	intermitente	72%
sujeto 19	29	mujer	intermitente	68%
<b>valor max.</b>	34		<b>valor max.</b>	90%
<b>valor min.</b>	27		<b>valor min.</b>	52%
<b>rango</b>	7		<b>rango</b>	38%
<b>promedio</b>	30,88		<b>Media Geom.</b>	69,76%
<b>des. Tip</b>	2,89		<b>des. Tip</b>	12,00

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith



**Tabla 10. Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub> y b<sub>4</sub> (Caso DI)**

<b>sujetos</b>	<b>Mentira</b>	<b>General (b<sub>1</sub>)</b>	<b>Social (b<sub>2</sub>)</b>	<b>Familiar (b<sub>3</sub>)</b>	<b>Laboral (b<sub>4</sub>)</b>	<b>total (b<sub>5</sub>)</b>
sujeto 11	2	48%	14%	12%	16%	90%
sujeto 12	3	38%	10%	8%	12%	68%
sujeto 13	2	32%	8%	6%	6%	52%
sujeto 14	1	34%	10%	10%	8%	62%
sujeto 15	0	48%	14%	12%	12%	86%
sujeto 16	2	40%	14%	12%	10%	76%
sujeto 17	3	32%	10%	12%	8%	62%
sujeto 18	3	40%	8%	12%	12%	72%
sujeto 19	2	38%	12%	10%	8%	68%

<b>Medias Geométricas</b>	38,49%	10,86%	10,20%	9,82%	69,76%
<b>valores máximos</b>	52%	16%	16%	16%	100%

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Tabla 11. Niveles iniciales del nivel de autoestima (Caso DIP)**

<b>sujetos</b>	<b>edad</b>	<b>sexo</b>	<b>nivel de apoyo</b>	<b>nivel de autoestima</b>
sujeto 101	22	varón	limitado	50%
sujeto 102	23	mujer	intermitente	58%
sujeto 103	36	varón	limitado	52%
sujeto 104	24	varón	intermitente	54%
sujeto 105	37	mujer	limitado	64%
sujeto 106	18	varón	intermitente	52%
sujeto 107	20	varón	intermitente	60%
sujeto 108	20	varón	limitado	56%
sujeto 109	49	varón	limitado	54%
sujeto 110	28	mujer	limitado	54%
sujeto 111	23	varón	limitado	60%
sujeto 112	30	varón	intermitente	60%
sujeto 113	25	mujer	limitado	44%
sujeto 114	23	varón	limitado	62%
sujeto 115	39	mujer	intermitente	72%
sujeto 116	25	varón	limitado	68%
sujeto 117	33	mujer	limitado	66%
<b>valor max.</b>	49		<b>valor max.</b>	72%
<b>valor min.</b>	18		<b>valor min.</b>	44%
<b>rango</b>	31		<b>rango</b>	28%
<b>promedio</b>	27		<b>Media Geom.</b>	57,59%
<b>des. Tip</b>	8,07		<b>des. Tip</b>	4,00

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

Tabla 12. Desglose del total del nivel de autoestima, en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$  (Caso DIP)

sujetos	Mentira	General ( $b_1$ )	Social ( $b_2$ )	Familiar ( $b_3$ )	Laboral ( $b_4$ )	total ( $b_5$ )
sujeto 101	3	32%	6%	6%	6%	50%
sujeto 102	1	32%	10%	10%	6%	58%
sujeto 103	2	28%	8%	8%	8%	52%
sujeto 104	2	28%	8%	10%	8%	54%
sujeto 105	3	36%	8%	8%	12%	64%
sujeto 106	2	32%	8%	8%	4%	52%
sujeto 107	4	32%	10%	10%	8%	60%
sujeto 108	3	26%	10%	10%	10%	56%
sujeto 109	2	32%	8%	10%	4%	54%
sujeto 110	3	26%	10%	10%	8%	54%
sujeto 111	3	30%	10%	10%	10%	60%
sujeto 112	4	36%	8%	10%	6%	60%
sujeto 113	3	22%	6%	8%	8%	44%
sujeto 114	3	40%	8%	8%	6%	62%
sujeto 115	4	32%	10%	16%	14%	72%
sujeto 116	3	34%	12%	10%	12%	68%
sujeto 117	3	36%	10%	10%	10%	66%
<b>Medias Geométricas</b>		31,10%	8,68%	9,34%	7,77%	57,59%
<b>valores máximos</b>		52%	16%	16%	16%	100%

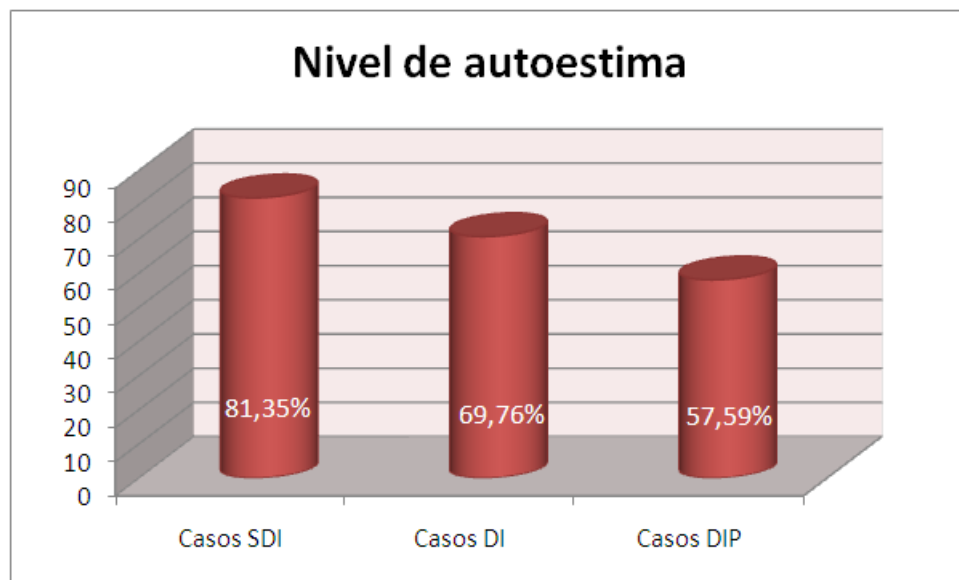
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

Los valores de las medias han sido establecidos como media geométrica, por considerarse más adecuada que la media aritmética, por tratarse de porcentajes.

Aunque este inventario ya establece donde se encuentra la franja que indica el nivel alto de autoestima (+ del 74%), creemos necesario incorporar los datos que nos puedan aportar una muestra de sujetos que no presentan discapacidad intelectual (SDI), para reafirmar esta franja y que nos permita situarla como nivel óptimo.

Después del análisis de la recogida de datos de los tres casos: sujetos sin discapacidad intelectual que no sigue el programa de intervención (SDI) (Tablas 7 y 8) y sujetos con discapacidad intelectual que no sigue el programa de intervención (DI) (Tablas 9. y 10), como grupos control y, los participantes con discapacidad intelectual que sigue el programa (DIP) (Tablas 11 y 12), como grupo experimental, podemos entresacar por su importancia, que los niveles más bajos de autoestima se encuentran entre los participantes del programa de intervención (DIP): un 57,59% como media, mientras que en los sujetos del caso (DI) este promedio es de un 69,76% y en el caso (SDI) de un 81,35% (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Comparación de medias de la evaluación diagnóstica del nivel de autoestima**



**Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith**

Comparando los datos de los participantes sujetos a investigación (DIP), con los datos de los grupos control (DI, SDI), podemos observar que la diferencia, en cuanto a nivel de autoestima se refiere, no puede atribuirse a la edad de los participantes ya que su promedio es de 32 para los individuos (SDI), un 30,88 para (DI) y un 27 para (DIP), con una desviación típica de 8,66, 2,89 y 8,07, respectivamente <sup>(Tablas 7, 9 y 11)</sup>. Tampoco podemos atribuirlo al sexo de los sujetos, dado que en los tres colectivos tenemos mujeres y hombres. Entonces estimamos, que lo más acertado es afirmar, en nuestro caso, que la baja autoestima tiene relación con el grado de discapacidad intelectual que presentan las poblaciones; así, los participantes con discapacidad intelectual (DIP), o lo que es lo mismo nuestros alumnos, evidencian discapacidad intelectual con necesidad de apoyo limitado en 11 de los 17 sujetos, mientras que en los sujetos (DI) sólo 1 de los sujetos presenta ese grado de afectación. Esto nos da una visión general del estado inicial de los yudocas, con el que nos encontramos.

Otros datos de interés son los que nos proporciona la desviación típica de los niveles de autoestima; un 9,87 para las personas del caso (SDI). En el caso (DI) este valor está en 12,00 y en los sujetos del caso (DIP) la desviación típica es de un 4,00. Esto quiere decir que en los participantes que siguen el programa los valores de nivel de autoestima son muy parecidos, mientras que en los demás casos varían bastante entre un sujeto y otro. Debemos reseñar que en los sujetos que no presentan discapacidad

intelectual (SDI) existe uno que presenta un valor muy bajo (60%) y que eleva significativamente la desviación típica del caso, mientras que en el caso (DI) ocurre al contrario: 2 de las personas tiene una autoestima muy elevada y esto dispara la desviación típica.

En cuanto a los valores de las variables  $b_1$  (autoestima general),  $b_2$  (autoestima social),  $b_3$  (autoestima familiar) y  $b_4$  (autoestima laboral), como no podía ser de otra forma, también son los más bajos en el caso (DIP) (Tablas 8, 10 y 12).

### **1.3.- Evaluación diagnóstica de los participantes del caso (DIP).**

#### **Participante 101:**

Hombre de 22 años, con discapacidad intelectual moderada de origen genético. Necesita una intensidad de apoyos limitado. Es de talla baja con ligera disminución del tono muscular (hipotonía). Tiene labio leporino<sup>37</sup>

Al presentar ligera hipotonía, su tono muscular está disminuido; las técnicas las realiza con dificultad y sus movimientos a la hora de caer en el

---

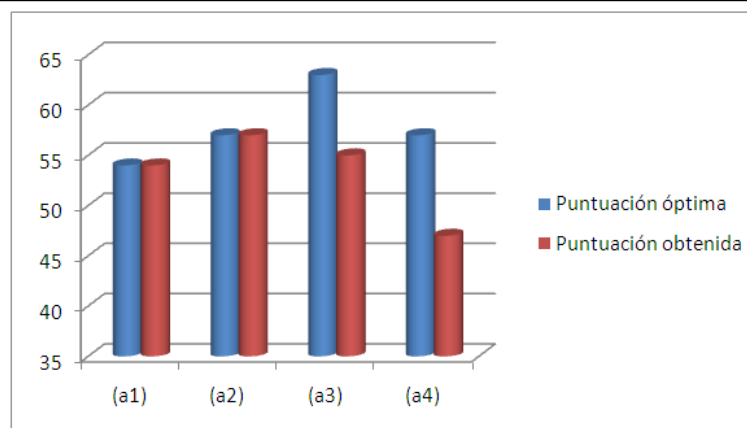
<sup>37</sup> Hendidura o separación en el labio y/o en el paladar, como resultado de que los dos lados del labio superior no crecieron a la vez. La boca del feto se forma durante los primeros tres meses del embarazo. Durante este tiempo, las partes del paladar superior y el labio superior normalmente se unen; cuando esta unión no ocurre, el niño tiene un labio leporino y/o un paladar hendido. Se da sobre todo en familias con un historial de esta anomalía en uno de los padres, en otro hermano o en un pariente cercano. Pero también puede ocurrir en familias sin antecedentes. Se cree que hay algunos factores en el ambiente que reaccionan con ciertos genes específicos e interfieren con el proceso normal del cierre del paladar y el desarrollo del labio: algunos fármacos, drogas, productos químicos, plomo, deficiencias de vitaminas.

tatami y volverse a levantar son muy lentos, costosos y con muy poca belleza plástica.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 50% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, familiar y laboral su autoestima es baja.

De los datos extraídos del ICAP, podemos resaltar las siguientes conclusiones: este participante no presenta problemas de visión y/o de audición. No se le conocen ataques epilépticos. En cuanto a la dimensión de la salud, no limita sus actividades diarias relacionadas con esta parcela. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

Gráfico 2. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 101)



Fuente: elaboración propia a partir del ICAP

En el apartado de destrezas “motoras” (variable  $a_1$ ) tiene las puntuaciones máximas (54). En el apartado destrezas “sociales y comunicativas” (variable  $a_2$ ) tiene las puntuaciones máximas (57). En el apartado destrezas de la “vida personal” (variable  $a_3$ ) se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (55). En el apartado de “vida en la comunidad” (variable  $a_4$ ) también presenta varias dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena bien cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (47). Su independencia general (variable  $a_{13}$ ) es de 507,50 (97,64%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este participante no presenta comportamiento autolesivo (variable  $a_5$ ). No presenta heteroagresividad o daño a otros (variable  $a_6$ ). Alguna vez ha destruido algún objeto, pero es un problema leve este comportamiento (variable  $a_7$ ). No presenta conducta disruptiva (variable  $a_8$ ). No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) (variable  $a_9$ ). No presenta conducta social ofensiva (variable  $a_{10}$ ). No se detecta retraimiento o falta de atención (variable  $a_{11}$ ). No tiene conductas no colaboradoras (variable  $a_{12}$ ).

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es bastante descuidado: lleva la ropa interior bastante sucia, el cuerpo también carece de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy negativa.

En los hábitos de salud, come muchas golosinas, no merienda bien, no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de relación con los demás, es una persona que le cuesta ofrecerse a los demás. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de aceptación de reglas no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, por su timidez, colabora sólo si se le pide. Su puntuación es, negativa.

En un principio duda de sus posibilidades. Las dificultades lo desaniman fácilmente. Todo repercute en él, pero enseguida se le pasa el malestar; sus intereses son definidos y limitados. Se evade con mucha facilidad; vive en un mundo un tanto fuera de la realidad. Durante el desarrollo de la sesión, no ha mostrado mucha solidaridad; no eleva la posición de los demás, ni es capaz de ayudar en la realización de las técnicas, no ha manifestado sugerencias a los demás, posiblemente porque él mismo no sabe realizarlas adecuadamente. Bromea, se ríe y muestra satisfacción sólo cuando le animamos ofreciéndole refuerzo positivo verbal. No plantea ninguna dificultad a la hora de estar de acuerdo con nosotros;



muestra aceptación pasiva, conviene y accede. Es una persona que no ha mostrado tensión, no manifiesta antagonismo, pero tiene escasa capacidad para disminuir el status de los demás o defender su criterio personal.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes conclusiones: Presenta en su contacto inicial: timidez e inhibición. En el apartado de cordialidad, es una persona lejana y ausente. Normalmente es una persona veraz. No da importancia a los contratiempos. Colabora si se le solicita. En el grupo pasa desapercibido; le cuesta obedecer pero al final lo hace, tiende más a someterse que a dominar. Se preocupa de su aspecto externo sólo si se le obliga; en la primera sesión deportiva, ha llegado un poco desaliñado. Fluctúa de la alegría a la tristeza, predominando más la tristeza.

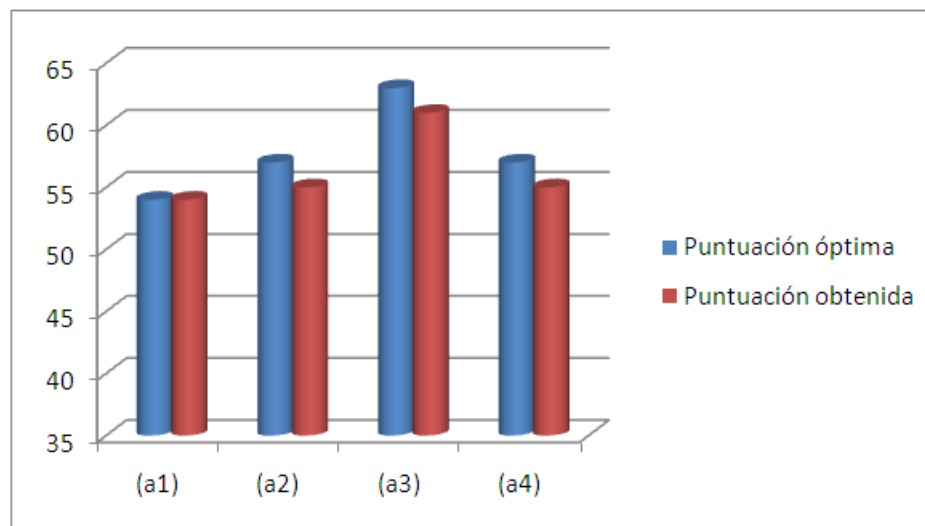
### **Participante 102:**

Mujer de 23 años, con discapacidad intelectual leve de origen genético. Necesita apoyos con una intensidad intermitente. No presenta ninguna discapacidad física asociada; evidencia mucha elasticidad y algunos conocimientos sobre las artes marciales. Hace años practicó kárate en un gimnasio normalizado. Muy dispuesta para comenzar con nuestras sesiones educativas. Se pone de manifiesto, que en alguna época de su vida ha practicado este tipo de artes marciales.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 58% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es normal; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es baja.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 3. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 102)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene las puntuaciones máximas (54). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene las puntuaciones máximas (55). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene algún pequeño problema en cuanto a realizar pequeñas reparaciones de su ropa; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (61). En el apartado de vida en la comunidad no presenta dificultades: ha obtenido (55) de la puntuación máxima (57). Su independencia general es de 513 (98,70%), muy cercana al valor máximo de este apartado que es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar Lo siguiente: En sus hábitos de higiene es bastante cuidadosa, Tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente y practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de relación con los demás, no tiene ninguna dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy positiva. En los

hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia ningún problema, colabora si se le pide. Su puntuación es, positiva.

Muestra mucha solidaridad con los demás, si es necesario eleva la posición de los demás aplaudiendo cuanto un compañero realiza una técnica correctamente. Muestra mucho relajamiento, bromea, ríe constantemente. Ofrece y demanda sugerencias y opiniones, asiduamente solicita orientación, información, posibles modos de actuar, etcétera. No explicita antagonismo.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Presenta en su contacto inicial, timidez e inhibición. En el apartado de cordialidad, es una persona acogedora. Dice siempre lo que piensa, sin medir las consecuencias. Exigente con las personas y las cosas. Dispuesta a colaborar cuando tiene motivación para hacerlo. Es un miembro activo en el grupo. Se somete sólo a determinadas personas en circunstancias especiales. Rechaza sistemáticamente la autoridad. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Muy crítica con el mundo de los adultos, pero no con sus iguales. Un poco descuidada en su aspecto. Alegre. Siempre abierta y comunicativa. Se valora en exceso. Reacciona ante los acontecimientos con una emotividad

desproporcionada. Se interesa por todo, pero de forma poco duradera. Es un poco idealista. Lucha por superar las dificultades, pero a su manera. Se agobia por todo, pero es responsable.

### **Participante 103:**

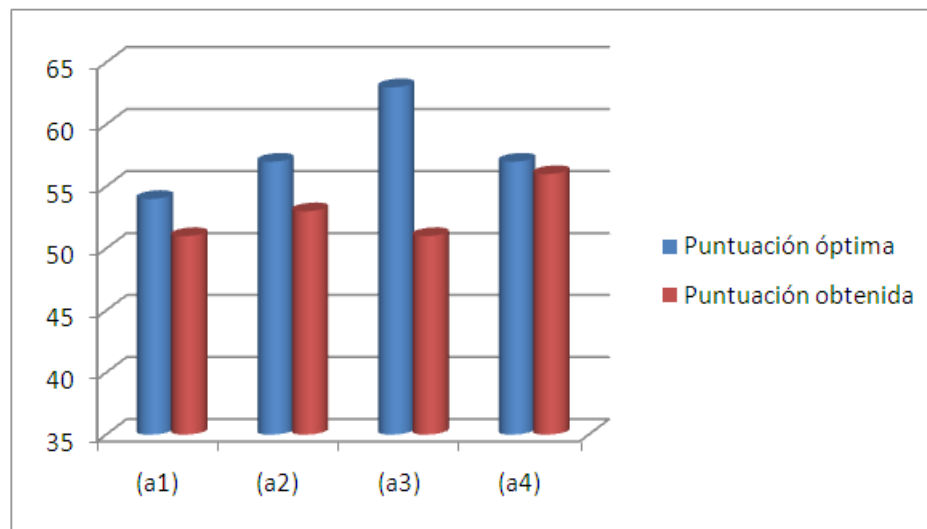
Hombre de 36 años, con una discapacidad intelectual moderada de etiología genética y varias discapacidades físicas asociadas: escoliosis, cifosis, ligera espasticidad y descoordinación en movimientos. Tiene necesidad de apoyos con intensidad limitada.

Al presentar graves dolencias físicas, sus movimientos son lentos y muy torpes (inestabilidad postural), aunque esto lo atenúa en cierta medida con una motivación muy alta. Está altamente motivado para realizar las actividades que se le proponen. Tenemos que tener especial cuidado a la hora de proponerle ejercicios que puedan aumentar su grave discapacidad física, porque él está dispuesto a realizar cualquier ejercicio que se le ordene; no toma conciencia de lo que le puede perjudicar.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 52% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. Toma medicamentos en la actualidad, porque tiene problemas anímicos o emocionales. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 4. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 103)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas; sobre un total de (54) puntos, tiene (51). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda; sobre un total de (57) puntos, tiene (53). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas

domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (51). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (56). Su independencia general es de 499 (96%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. Tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) de una a seis veces por semana, siendo un problema leve. No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar Lo siguiente: En sus hábitos de higiene es muy cuidadoso, Tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente, pero no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de relación con los demás, no tiene ninguna dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su

puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia ningún problema, colabora si se le pide. Su puntuación es, positiva.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial. Normalmente veraz. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora si se le pide. Es un miembro activo en el grupo. Le cuesta obedecer, pero lo hace. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a someterse que a dominar. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas, cuando se le obliga. Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es comunicativo sólo cuando está en un ambiente conocido. Reconoce sus defectos y sus valores. Sus sentimientos son duraderos y profundos. Tiene intereses muy definidos y limitados. Tiene espíritu creativo; una de sus mayores pasiones es la pintura. Lucha por superar las dificultades. Casi siempre responsable

Casi no ofrece y demanda sugerencias, información, opinión, etcétera., son muy bajos. No muestra antagonismo, ni tensión; no solicita ayuda, no disiente con nosotros, no muestra rechazo. Tampoco se ríe, ni bromea. Se muestra a la expectativa de todo lo que va a suceder a continuación. Su discurso es muy escaso. Es una persona que no ha mostrado tensión, no



manifiesta antagonismo, pero tiene escasa capacidad para disminuir el status de los demás o defender su criterio personal.

**Participante 104:**

Hombre de 25 años. Tiene discapacidad intelectual ligera originada por un sufrimiento fetal perinatal (asfixia)<sup>38</sup>. La intensidad de apoyos que necesita es intermitente.

No presenta ninguna discapacidad física asociada a su discapacidad intelectual. Tampoco presenta alteraciones en sus manifestaciones conductuales.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 54% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

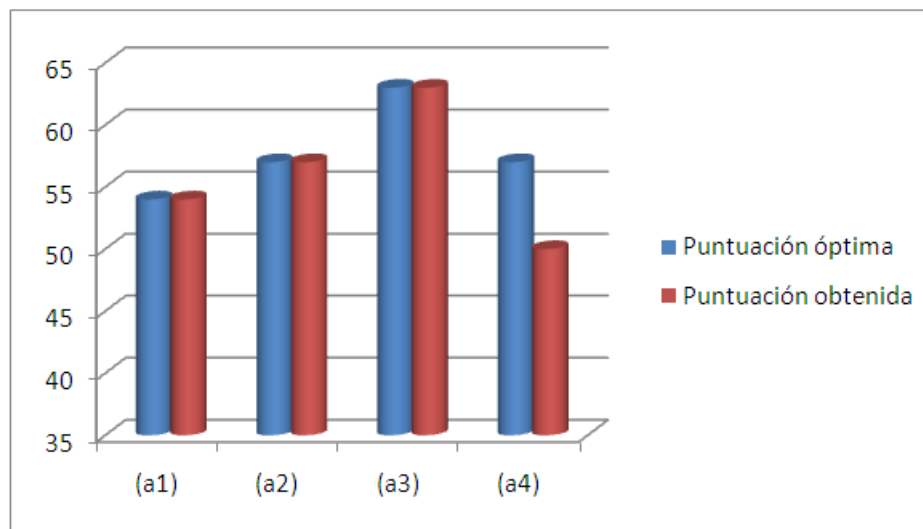
De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No

---

<sup>38</sup> Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento o inmediatamente después del nacimiento. La asfixia afecta a todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración, pero es en el Sistema Nervioso Central donde se produce la injuria más relevante por sus consecuencias en cuanto a mortalidad y secuelas.

precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad, No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 5. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 104)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras Ha obtenido la puntuación máxima (54). En el apartado destrezas sociales y comunicativas Tampoco tiene problemas, obteniendo la puntuación máxima (57). En el apartado destrezas de la vida personal (63) sobre (63). En el apartado de vida en la comunidad Es donde presenta alguna dificultad: no maneja, siempre, bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena algunas veces cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (50). Su independencia general es de 515,50 (99,18%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es muy cuidadoso, Tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente y practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de relación con los demás, no tiene ninguna dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es muy positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia ningún problema, colabora siempre sin ofrecer contraindicaciones. Su puntuación es, muy positiva.

Muestra solidaridad, valora a los demás, presta ayuda y es valioso para el grupo. Bromea, sonrío y muestra satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Participa sin mostrar tensión y antagonismo. Constantemente pide y ofrece información, su lenguaje es fluido y extenso.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial, afectuoso y acogedor. Normalmente veraz. Intenta superar las dificultades. Siempre dispuesto a colaborar. Es un miembro activo en el grupo. Obedece siempre sin resistencia. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Muy cuidadoso de sí y de sus cosas. Siempre abierto y comunicativo, muy locuaz y expresivo. Reconoce sus defectos y sus valores. Sus sentimientos son duraderos y profundos. Todo le interesa. Tiene espíritu creativo. Lucha por superar las dificultades. Es siempre responsable.

**Participante 105:**

Mujer de 37 años. Tiene discapacidad intelectual moderada causada por síndrome Williams<sup>39</sup>. Necesita una intensidad de apoyos limitada.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 64% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable

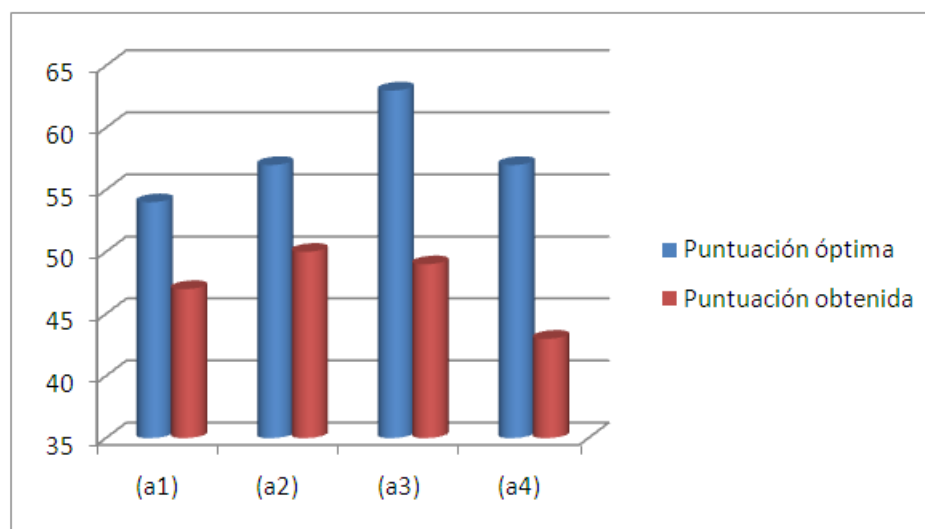
---

<sup>39</sup> Trastorno genético caracterizado por retraso en el desarrollo, apariencia facial inusual, estenosis de la aorta (la gran arteria que sale del corazón) y perfiles cognitivos y de personalidad particulares: Retraso mental ligero. Estatura corta. Problemas cardiacos. Intervenida del corazón por estenosis aórtica supravulvar (estrechamiento de la aorta en las proximidades del corazón). Laxitud en las articulaciones y bajo tono muscular (hipotonicidad). Lenguaje locuaz y capacidad relativamente fuerte para aprender escuchando. Déficit visual – hipermetropía.

social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es alta.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad, No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 6. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 105)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para subir, alguna vez, por una escalera de dos metros de altura, tiene problemas, alguna vez, para llevar y levantar una bolsa de comestibles, No consigue realizar pequeñas tareas de manualidades como enhebrar una aguja de

coser; sobre un total de (54) puntos, tiene (47). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda, tiene también problemas, a veces, a la hora de recordar números telefónicos; sobre un total de (57) puntos, tiene (50). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización: no maneja la lavadora, no realiza pequeñas reparaciones de su ropa, no planifica, prepara y sirve una comida, no prepara listas de compras, y realiza, aunque no bien, comidas simples tipo “sandwich”; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (49). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja nunca las herramientas manuales o eléctricas, rellena, pero no bien, cuestionarios y tiene problemas serios cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria, administra mal su dinero; de una puntuación total de (57) ha obtenido (43). Su independencia general es de 493,75 (94,99%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es muy cuidadosa, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente, pero no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, positiva. En los hábitos de relación con los demás, no tiene ninguna dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es muy positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia ningún problema, colabora siempre sin ofrecer contraindicaciones. Su puntuación es, muy positiva.

Es una persona que muestra mucha aceptación pasiva, participa y confía, en el *Sensei* a la hora de realizar la técnica de Judo que se le ordena, aunque nos muestra excesiva tensión en el *tatami*.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es y desenvuelta. Es afectuosa y acogedora. Normalmente veraz. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Siempre dispuesta a colaborar, pero se le debe pedir la colaboración. Es un miembro activo en el grupo. Le cuesta obedecer, pero lo hace. Acepta las iniciativas y a su vez propone otras. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a

someterse que a dominar. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Tiene capacidad crítica, pero no se atreve muchas veces a manifestarla. Se preocupa de su aspecto externo sólo si le obligan. Es una persona animada y alegre. Se valora en exceso. Sus sentimientos son duraderos y profundos. Tiene intereses muy definidos y limitados. Es idealista. Lucha por superar las dificultades. Responde sólo de lo que le afecta muy directamente.

**Participante 106:**

Hombre de 18 años, es el más joven del grupo. Tiene una discapacidad intelectual leve producida por una enfermedad mental. Presenta un trastorno conductual<sup>40</sup>. La intensidad de apoyos que necesita es intermitente. No presenta discapacidad física asociada significativa, aunque si tiene sobrepeso moderado.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 52% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es bastante baja.

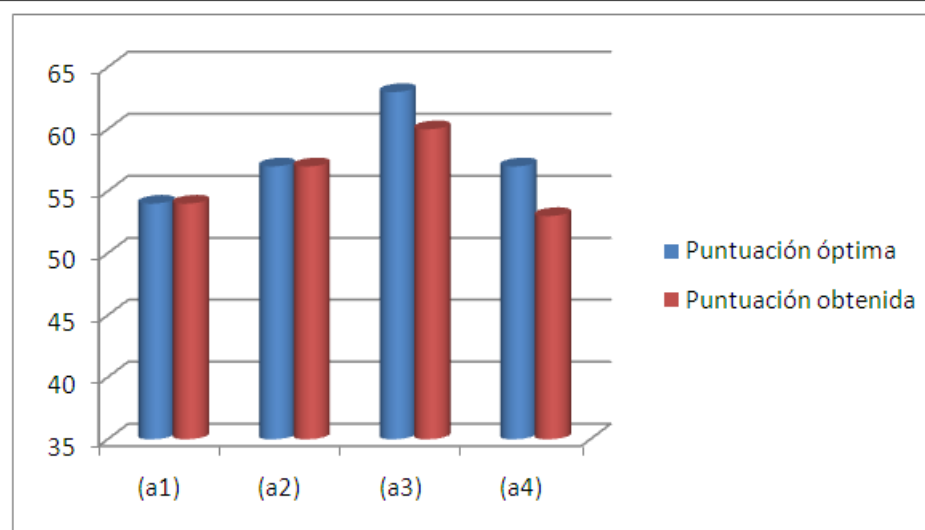
---

<sup>40</sup> Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas.



De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 7. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 106)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

No presenta problemas en el apartado de destrezas motoras y en el apartado destrezas sociales y comunicativas, Obteniendo las máximas puntuaciones. En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tales como: manejar la lavadora, planificar y preparar comida y realizar pequeñas reparaciones de ropa, tiene problemas, a veces, en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (60). En el apartado de vida en la comunidad también presenta

varias dificultades: no usa diariamente el reloj para hacer cosas a una hora determinada, no cumple, a veces, con las citas y no efectúa pagos y hace balances mensuales de su cuenta bancaria, a veces; de una puntuación total de (57) ha obtenido (53). Su independencia general es de 513,50 (98,79%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo, pero si heteroagresividad o daño a otros de una a tres veces al mes, siendo un problema leve. Presenta conducta disruptiva, de una a diez veces al día, siendo un problema moderado. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. Tiene conductas no colaboradoras de una a seis veces por semana, constituyendo un problema leve.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es muy cuidadoso, Tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad, se golpea cuando tiene que expresar enfado. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo, porque cuando se enfada, golpea a los demás. Su puntuación es, muy negativa. En

los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, tiene problemas. Su puntuación es negativa. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas, colabora cuando así lo estima. Su puntuación es, muy negativa.

Se preocupa de su aspecto externo sólo si le obligan; pero tenemos que resaltar antes de comenzar nuestra actividad de Judo, él, aparte de lavarse antes, lleva consigo un bote de desodorante que utiliza.

Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Duda de sus posibilidades. Reacciona ante los acontecimientos con una emotividad desproporcionada. Tiene intereses muy definidos y limitados. Se rebela contra las dificultades. Se agobia por todo. En sus manifestaciones conductuales, presenta hiperactividad. En el tatami comete errores por no fijarse en las técnicas o en las diferentes actividades. Con frecuencia salta de una tarea a otra sin finalizar la anterior. Con frecuencia actúa de forma inmediata sin pensar en las consecuencias. Está inquieto con las manos o los pies y no puede sentarse quieto. Está activo en situaciones en que es inapropiado. Habla de forma excesiva, responde antes de que la otra persona termine, tiene dificultad para esperar su turno y frecuentemente interrumpe.

Su comportamiento es imprevisible, inmaduro, inapropiado para su edad. A veces se muestra violento y agresivo verbal y físicamente, tiene un

concepto pobre de sí mismo y no acepta perder, por lo que no asume sus propios fracasos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial. Miente con frecuencia debido a su imaginación, se siente como la persona más fuerte del mundo y por eso está continuamente provocando a sus compañeros. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora si se le pide. Es un miembro activo en el grupo. Exige unas razones para obedecer y las acepta si estima justas. Trata de imponer a los demás sus deseos y opiniones. Muy crítico con el mundo de los adultos.

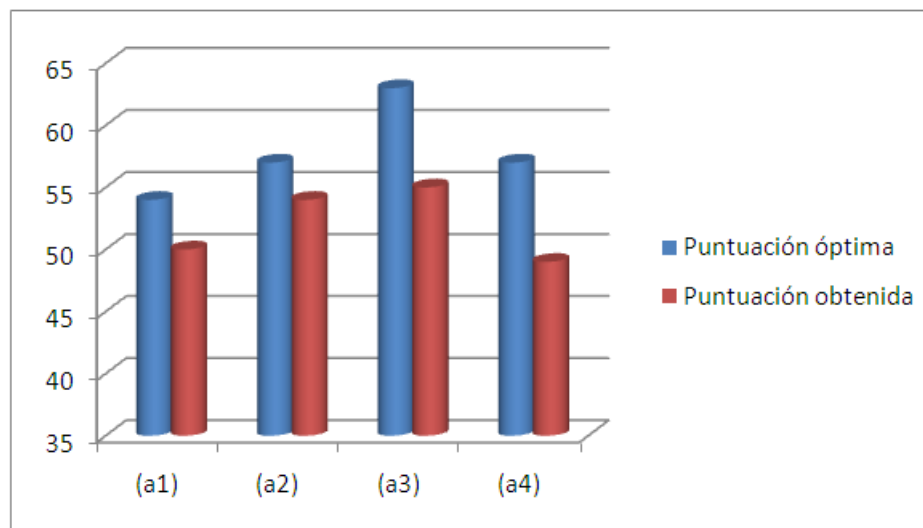
**Participante 107:**

Hombre de 20 años. Tiene discapacidad intelectual ligera. No tiene discapacidad física asociada. Necesita una intensidad de apoyos intermitente. No presenta alteraciones en sus manifestaciones conductuales.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 60% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es normal; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 8. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 107)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para subir por una escalera de dos metros, para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas y para enhebrar una aguja, a veces; sobre un total de (54) puntos, tiene (50). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas para contar una historia de manera resumida, a veces, y realiza pero no bien, la localización de la información necesaria en las páginas amarillas; sobre un total de (57) puntos, tiene (54).

En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que realiza, pero no bien, la preparación de listas de compras de por lo menos seis productos, cargar y manejar la lavadora y realizar pequeñas reparaciones de su ropa, tampoco realiza adecuadamente, a veces, preparar comidas simples y planificar y servir una comida; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (55). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no recibe facturas ni hace balances mensuales de su cuenta bancaria, también tiene dificultades, a veces, para administrar su dinero y rellenar formularios; de una puntuación total de (57) ha obtenido (49). Su independencia general es de 502,75 (96,72%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. Presenta heteroagresividad o daño a otros menos de una vez al mes, constituyendo un problema leve. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar Lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadoso, Tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente,

pero no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas, colabora cuando así lo estima. Su puntuación es, negativa.

No muestra excesiva solidaridad con sus compañeros. No es capaz de liberar tensión, no bromea, ni tampoco muestra excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son muy bajos. Muestra un gran antagonismo, desafiando a los demás y estando constantemente a la defensiva.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona desconfiada y temerosa. Es su apartado de cordialidad, es frío. Dice siempre lo que piensa sin medir las consecuencias. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora sólo obligado. Pasa desapercibido. Le cuesta obedecer pero lo hace. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a someterse que a dominar. Muy crítico con el mundo de los adultos, pero no con sus iguales. Cuidadoso de sí y de sus cosas. Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Duda de sus

posibilidades. Se emociona fuertemente sólo en contadas ocasiones. Tiene intereses muy definidos y limitados. Se evade y las dificultades lo desaniman. Es responsable sólo de lo que le afecta muy directamente.

**Participante 108:**

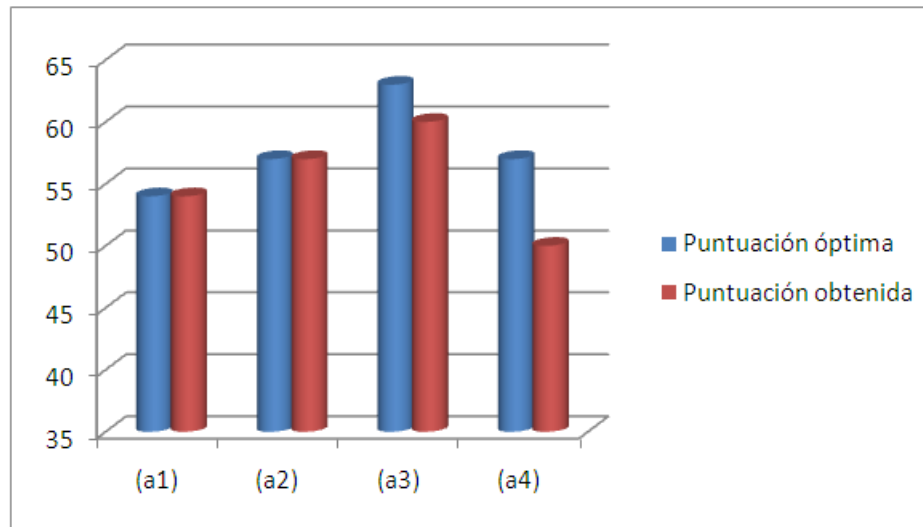
Hombre de 20 años. Tiene una discapacidad intelectual ligera producida por sufrimiento fetal perinatal. La intensidad de apoyos que necesita es limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada. Presenta impulsividad (reacción sin reflexión de forma inmediata sin tener en cuenta las consecuencias).

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 56% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable social, su autoestima es normal; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.



**Gráfico 9. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 108)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras no tiene problemas; sobre un total de (54) puntos, tiene (54). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tampoco tiene problemas; sobre un total de (57) puntos, tiene (57). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (60). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: tiene problemas, a veces, para trabajar en una tarea a ritmo regular y para rellenar formularios, no recibe facturas por correo y nunca hace balance mensual de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (50). Su independencia general es de 512,25 (98,55%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadoso, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, no tiene dificultad para integrarse en el grupo, aunque se ve a sí mismo como una persona con más capacidades que los demás. Su puntuación es, positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia problemas. Su puntuación es, positiva.

No muestra excesiva solidaridad con sus compañeros, aunque si se le indica es capaz de ayudar. No muestra excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son bajos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial. Dice siempre lo que piensa, sin medir las consecuencias. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Siempre está dispuesto a colaborar. Es un miembro activo en el grupo. Exige las razones para obedecer y las acepta si son justas. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a someterse que a dominar. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Es una persona animada. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Reconoce sus defectos y sus valores. Todo repercute en él, pero de forma pasajera. Todo le interesa. Se atiene a la realidad, sin intentar transformarla. Lucha por superar las dificultades. Es siempre responsable.

**Participante 109:**

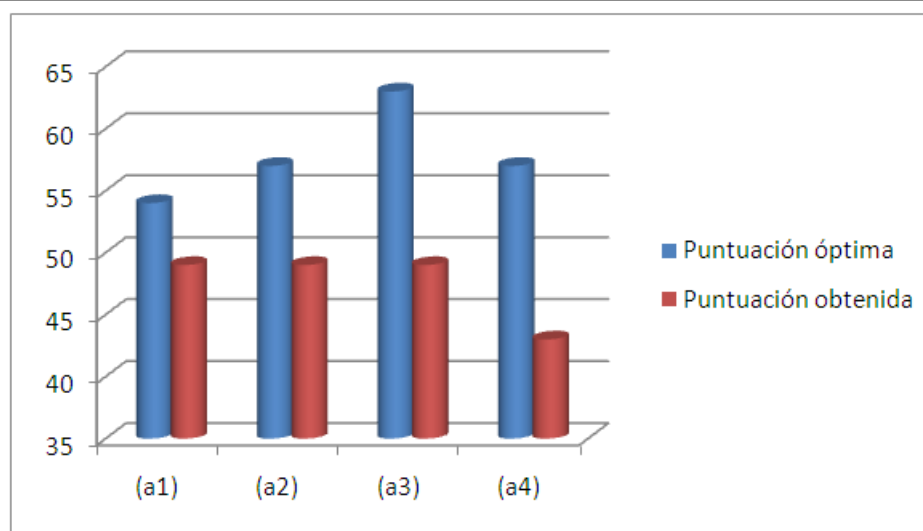
Hombre de 49 años; el mayor del grupo. Tiene discapacidad intelectual leve. Necesita apoyos con una intensidad limitada. No tiene alteraciones conductuales importantes de reseñar, aunque presenta una hiperactividad psicomotriz leve.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 54% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable

social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es bastante baja.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad. Presenta muchas dificultades en todos los apartados de Conducta Adaptativa.

**Gráfico 10. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 109)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para enhebrar una aguja, realiza, cuando se le pide, escribir su nombre copiándolo de un modelo y armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser

atornilladas o encajadas; sobre un total de (54) puntos, tiene (49). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda y para escribir cartas legibles. Realiza, a veces, localizar números telefónicos y contar de manera resumida una historia; sobre un total de (57) puntos, tiene (49). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene serios problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (49). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (43). Su independencia general es de 494,25 (95,02%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene, se preocupa de su aspecto externo sólo si le obligan. Su puntuación en esta variable es, negativa. En los hábitos de salud, come correctamente, pero no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo, porque cuando se enfada, golpea a los demás. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, tiene problemas. Su puntuación es negativa. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas, colabora cuando así lo estima oportuno. Su puntuación es, muy negativa.

Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Duda de sus posibilidades. Reacciona ante los acontecimientos con una emotividad desproporcionada. Tiene intereses muy definidos y limitados. Se rebela contra las dificultades. En sus manifestaciones conductuales, presenta, algunas veces, enfados inoportunos, con los demás. En el tatami no suele cometer errores. Su comportamiento es imprevisible, inmaduro, inapropiado para su edad. A veces se muestra violento y agresivo verbal y físicamente, tiene un concepto pobre de sí mismo y no acepta perder, por lo que no asume sus propios fracasos.

De la entrevista realizada a su hermana, hemos extraído las siguientes observaciones: Tímido e inhibido. Lejano y ausente. Miente frecuentemente para disculparse. No da importancia a los contratiempos. Colabora si se le pide. No se integra o se aísla. Se somete sólo a determinadas personas y las acepta si son justas. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a someterse que a dominar. Tiene capacidad crítica, pero no se atreve a manifestarla. Se preocupa de su aspecto sólo si le obligan. Animado. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Reconoce sus defectos y sus valores. Sus sentimientos son duraderos y profundos. Tiene intereses muy definidos y limitados. Adorna la realidad con su fantasía. Se rebela contra las dificultades. Responsable sólo de lo que le afecta directamente.

**Participante 110:**

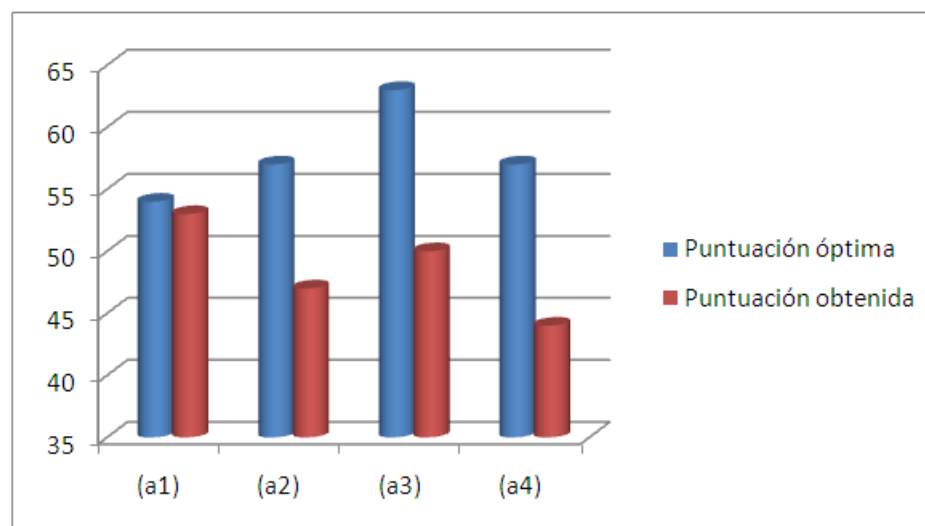
Mujer de 28 años. Tiene una discapacidad intelectual moderada. Necesita apoyos con una intensidad limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada. Presenta infantilismo. Se deja llevar por cualquier compañero por tener falta de criterio. Tiene tics nerviosos leves.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 54% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable

social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 11. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 110)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas, sólo a veces; sobre un total de (54) puntos, tiene (53). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene graves problemas en recordar y



saber cómo recordar teléfonos y localizar la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda; sobre un total de (57) puntos, tiene (47). En el apartado destrezas de la vida personal también tiene graves problemas en las tareas domésticas; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (50). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y no recibe pagos ni hace balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (44). Su independencia general es de 498,75 (95,95%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. Tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias), siendo un problema leve. No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, se evidencia lo siguiente: En sus hábitos de higiene, se preocupa de su aspecto externo sólo si le obligan. Su puntuación en esta variable es, negativa. En los hábitos de salud, come correctamente porque en su ambiente familiar así se le propicia, aunque no practica deporte con asiduidad y esto contraresta lo anterior, al no quemar

las calorías necesarias. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas, colabora sólo cuando se le solicita. Su puntuación es, muy negativa.

Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es reservada. Duda de sus posibilidades. No suele reaccionar ante las dificultades. Tiene intereses muy definidos y limitados. En sus manifestaciones conductuales, no presenta problemas. En el tatami suele cometer errores y no es capaz de recordar las técnicas que se le enseñan. Tiene un concepto pobre de sí misma y asume sus propios fracasos con resignación.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: tímida e inhibida. Afectuosa. Normalmente veraz. Acepta las contrariedades aunque le cueste. Colabora si se le pide. Es un miembro activo del grupo. Obedece sin resistencia. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Todo le parece bien, no tienen excesivos juicios personales sobre las cosas. Le gusta arreglarse, pero le cuesta mantenerse arreglada. Es reservada, pero capaz de expresar sus sentimientos cuando se le ofrece la situación apropiada. Siempre duda de

sus posibilidades, se considera una persona con más déficits que los demás. Se emociona fuertemente sólo en determinadas ocasiones. Tiene intereses muy definidos y limitados. Las dificultades la desaniman. Responsable sólo de lo que le afecta directamente.

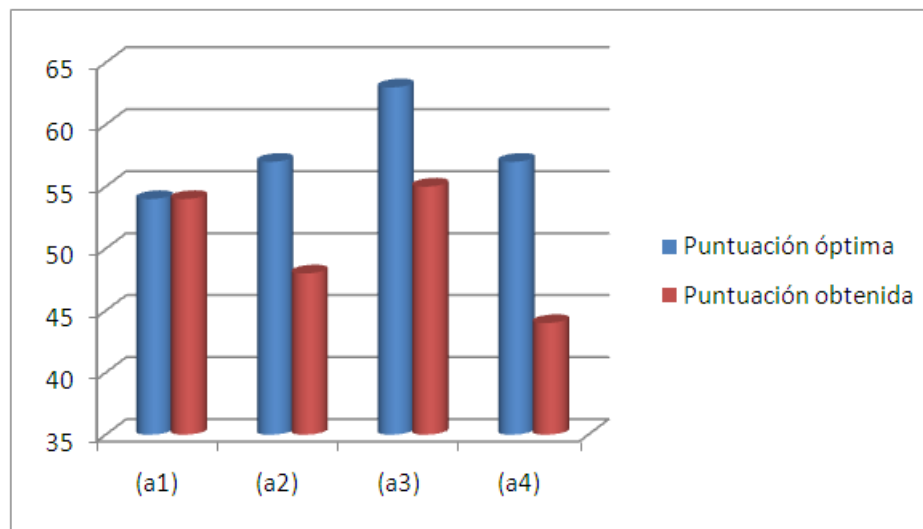
### **Participante 111:**

Hombre de 23 años. Tiene una discapacidad intelectual moderada de origen genético. La intensidad de apoyos que necesita es limitada. Da la circunstancia de que su hermano y dos primos también presentan esta discapacidad. No tiene ninguna discapacidad física asociada.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 60% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en el resto de las variables, su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No se le han detectado ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad.

**Gráfico 12. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 111)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras, sobre un total de (54) puntos, tiene (54). En el apartado destrezas sociales y comunicativas, sobre un total de (57) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas de la vida, sobre una puntuación de (63) ha obtenido (55). En el apartado de vida en la comunidad, sobre una puntuación total de (57) ha obtenido (44). Su independencia general es de 500,50 (96,29%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, esta persona no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se

detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En los hábitos de salud, come muchas golosinas, no merienda bien, no ha practicado deporte nunca. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, es una persona que le cuesta ofrecerse a los demás. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de aceptación de reglas no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, por su timidez, colabora sólo si se le pide. Su puntuación es, negativa.

En las observaciones del investigador, se evidencia lo siguiente: En sus hábitos de higiene, no se preocupa de su aspecto externo. Su puntuación en esta variable es, muy negativa. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, no tiene dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no presenta problemas. Su puntuación es, positiva. No duda de sus posibilidades. En sus manifestaciones conductuales, no presenta problemas. En el tatami no suele cometer errores y es capaz de recordar las técnicas que se le enseñan.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: Es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial y afectuoso. Dice siempre lo que piensa, sin medir las consecuencias. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Siempre está dispuesto a colaborar si se le pide. Es un miembro activo en el grupo. Obedece siempre sin resistencia. Tiende más a someterse que a dominar. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Descuidado en su aspecto. Es una persona animada. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Reconoce sus defectos y sus valores. Todo repercute en él, pero de forma pasajera. Tiene intereses limitados. Se atiene a la realidad, sin intentar transformarla. Las dificultades le desaniman. Responde sólo lo que le afecta directamente.

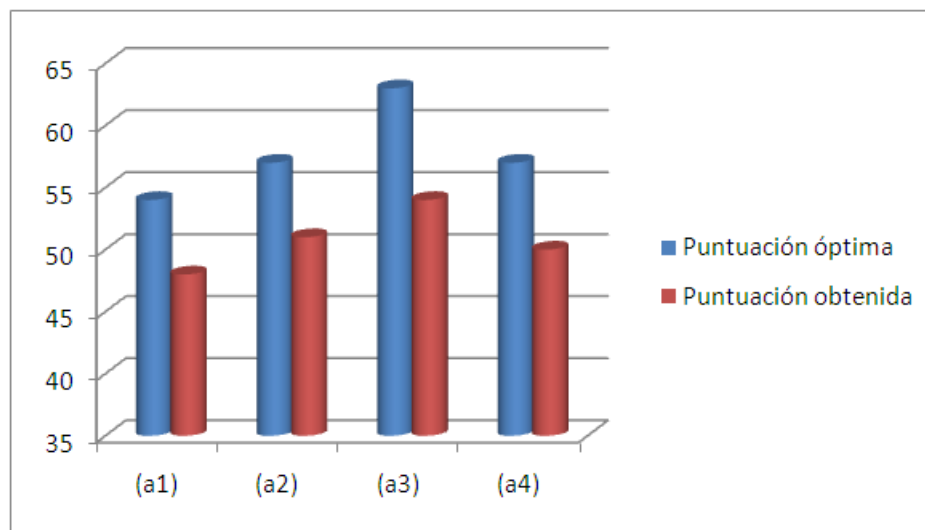
**Participante 112:**

Hombre de 30 años. Tiene una discapacidad intelectual leve producida por una parálisis cerebral. Necesita una intensidad de apoyos intermitente. Tiene discapacidad física asociada importante localizada en su tren inferior.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 60% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal; en la variable laboral, su autoestima es baja.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad.

**Gráfico 13. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 112)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene serios problemas para subir y bajar escaleras y para enhebrar una aguja; sobre un total de (54) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda; sobre un total de (57) puntos, tiene (51). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (54).

En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: maneja bien, a veces, las herramientas manuales o eléctricas, rellena, a veces, cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (50). Su independencia general es de 500,75 (96,34%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadoso, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, come correctamente y practica deporte con asiduidad, aunque tiene que superar la dificultad de tener una discapacidad física significativa. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de relación con los demás, no tiene dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los



hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia problemas. Su puntuación es, positiva.

Muestra solidaridad con sus compañeros. Muestra una satisfacción positiva a la hora de realizar una técnica de Judo, debido a la dificultad que entraña, para él, la realización de muchas de las técnicas que pertenecen al programa. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son bastante altos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: es una persona desenvuelta. Es cordial. Normalmente veraz. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Siempre está dispuesto a colaborar. Es un miembro activo en el grupo. Exige las razones para obedecer y las acepta si son justas. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Es una persona animada. Reconoce sus defectos y sus valores. Todo le interesa. Se atiene a la realidad, sin intentar transformarla. Lucha por superar las dificultades. Es siempre responsable.

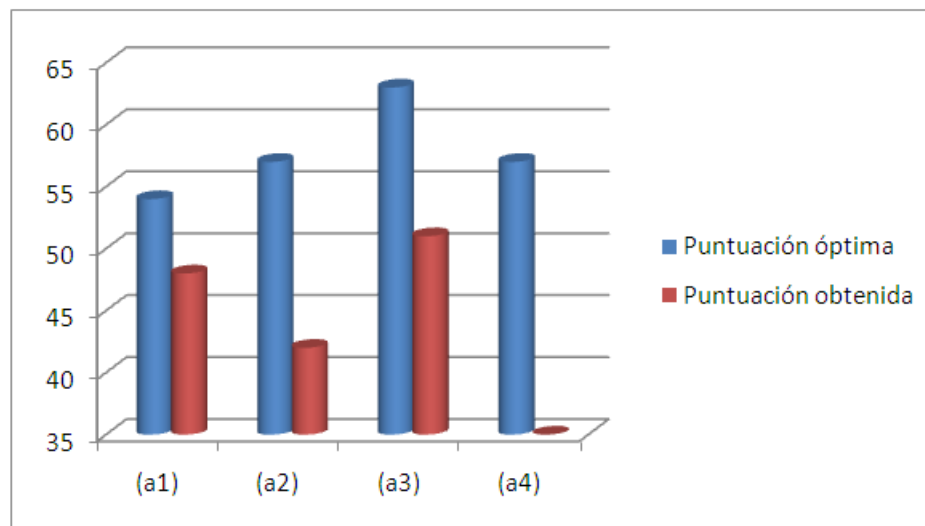
### **Participante 113:**

Mujer de 28 años. Tiene una discapacidad intelectual moderada. Necesita apoyos con una intensidad limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada. Presenta impulsividad y un sobrepeso moderado.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 44% (autoestima baja). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima baja; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal y en la variable laboral su autoestima es normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 14. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 113)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para enhebrar una aguja y para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas; sobre un total de (54) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene graves problemas en contar de manera resumida una historia, para la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda y para escribir cartas legibles; sobre un total de (57) puntos, tiene (42). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su adecuada realización; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (51). En el apartado de vida en la comunidad es donde más problemas presenta: no maneja nunca las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tienes problemas significativos cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria, el manejo del reloj lo realiza, aunque no bien y cuenta con precisión las vueltas, después de comprar algo, sólo a veces; de una puntuación total de (57) ha obtenido (34). Su independencia general es de 490 (94,27%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos

(estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadosa, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo, porque se ve a sí misma como una persona con menos capacidades que los demás. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas, sólo participa si se le solicita. Su puntuación es, negativa.

No presenta excesiva solidaridad con sus compañeros, aunque si se le indica es capaz de ayudar. No evidencia excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son bajos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: tímida e inhibida. Es lejana y ausente. Dice siempre lo que piensa, sin medir las consecuencias. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Siempre está dispuesto a colaborar. Pasa desapercibida. Obedece

siempre sin resistencia. Todo le parece bien, no tiene juicios personales sobre las cosas. Tiende más a someterse que a dominar. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Es una persona animada. Es reservada, pero capaz de expresar sus sentimientos. Se siente incapaz de afrontar sola cualquier dificultad. Todo repercute en ella, pero de forma pasajera. Se interesa fácilmente por todo, pero de forma poco duradera. Es idealista. Huye de las dificultades. Se agobia por todo.

#### **Participante 114:**

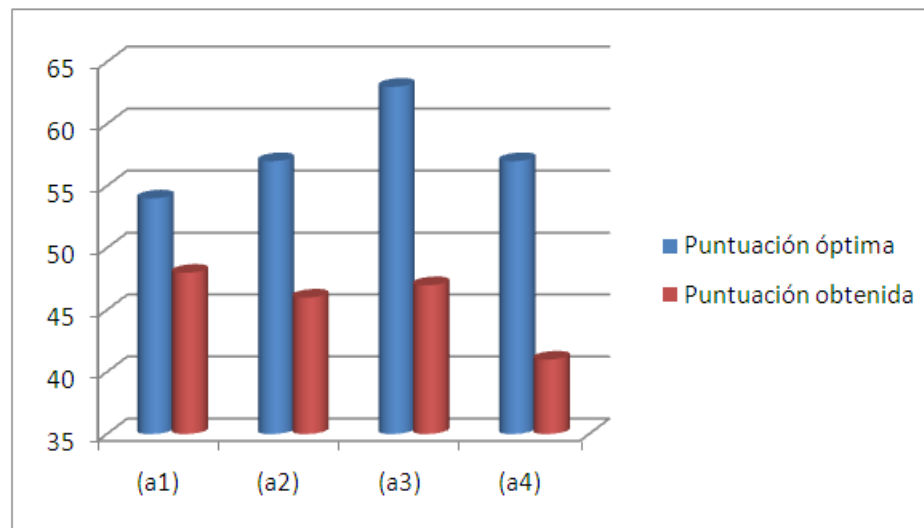
Hombre de 28 años. Tiene una discapacidad intelectual leve. La intensidad de sus apoyos es limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 62% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es baja; en la variable familiar, su autoestima es normal; en la variable laboral, su autoestima es baja.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No

precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 15. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 114)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para cortar con las tijeras siguiendo una línea recta y para enhebrar una guja; sobre un total de (54) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda y para contar de forma resumida una historia que lo realiza sólo a veces o si se lo pide alguien; sobre un total de (57) puntos, tiene (46). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene muchos problemas en cuanto a su adecuada realización: no repara su ropa, no planifica, prepara y sirve una comida y arregla su

dormitorio sólo a veces; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (47). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y nunca efectúa pagos o hace balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (41). Su independencia general es de 491,50 (94,56%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, esta persona no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene no es excesivamente cuidadoso: la ropa si la presenta en perfectas condiciones de limpieza, pero no así su cuerpo. Su puntuación en esta variable es, negativa. En los hábitos de salud, come correctamente y practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy positiva. En los hábitos de relación con los demás, tiene dificultad para integrarse en el grupo. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades

grupales, no evidencia problemas si se le solicita esta participación. Su puntuación es, tendencia (+).

No muestra excesiva solidaridad con sus compañeros, aunque si se le indica es capaz de ayudar. No muestra excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son bajos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: desconfiado y temeroso. Frío. Miente con frecuencia. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora sólo obligado. No se integra o se aísla. Rechaza sistemáticamente la autoridad. Impone a los demás sus deseos y opiniones. Nunca está de acuerdo, su crítica es negativa. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Fluctúa de la alegría a la tristeza. Es reservado. Todo repercute en él, pero de forma pasajera. Tiene intereses muy definidos y limitados. Idealista. Huye de las dificultades. Responde sólo de lo que le afecta muy directamente.

**Participante 115:**

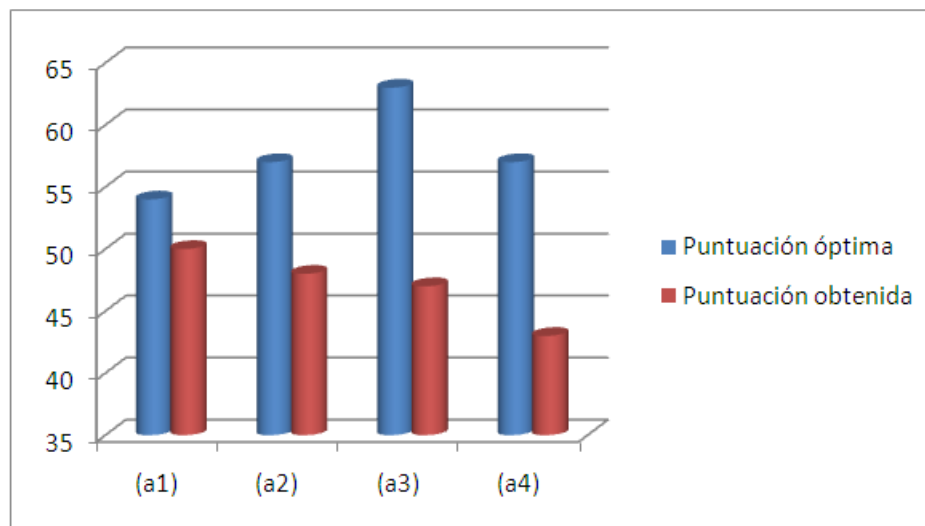
Mujer de 30 años. Tiene una discapacidad intelectual leve de origen genético. Necesita apoyos con una intensidad intermitente. No presenta ninguna discapacidad física asociada a su discapacidad intelectual. Tampoco presenta alteraciones en sus manifestaciones conductuales.



Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 72% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en la variable general tiene una autoestima normal; en la variable social, su autoestima es normal; en la variable familiar, su autoestima es alta; en la variable laboral, su autoestima es alta.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. No toma medicamentos en la actualidad. No tiene problemas de movilidad.

**Gráfico 16. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 115)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene pequeños problemas para escribir su nombre copiándolo de un modelo para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas y para subir una escalera de dos metros; sobre un total de (54) puntos, tiene (50). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda y para contar de manera resumida una historia; sobre un total de (57) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene muchos problemas en cuanto a su adecuada realización. Tampoco realiza adecuadamente la preparación de listas de comidas de por lo menos 6 productos; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (47). En el apartado de vida en la comunidad también presenta muchas y variadas dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tiene problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria; de una puntuación total de (57) ha obtenido (43). Su independencia general es de 494 (95,04%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. No tiene hábitos atípicos y repetitivos

(estereotipias). No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es muy cuidadosa, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, muy positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de relación con los demás, no tiene dificultad para integrarse en el grupo, aunque se ve a sí mismo como una persona con más capacidades que los demás. Su puntuación es, positiva. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, no tiene problemas. Su puntuación es positiva. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, no evidencia problemas. Su puntuación es, positiva.

Muestra solidaridad, valora a los demás, presta ayuda y es muy valiosa, para el grupo. Bromea, sonrío y muestra satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Participa sin mostrar tensión y antagonismo. Constantemente pide y ofrece información, su lenguaje es fluido y extenso. Para la práctica del Judo Mental tiene muy buenas cualidades.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: es una persona que se manifiesta tal como es. Es cordial, afectuosa y acogedora. Normalmente veraz. Intenta superar las dificultades.

Siempre dispuesto a colaborar. Es un miembro activo en el grupo. Obedece siempre sin resistencia. Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Sabe enjuiciar a las personas y las cosas. Muy cuidadosa de sí y de sus cosas. Siempre abierto y comunicativo, muy locuaz y expresivo. Reconoce sus defectos y sus valores. Sus sentimientos son duraderos y profundos. Todo le interesa. Tiene espíritu creativo. Lucha por superar las dificultades. Es siempre responsable.

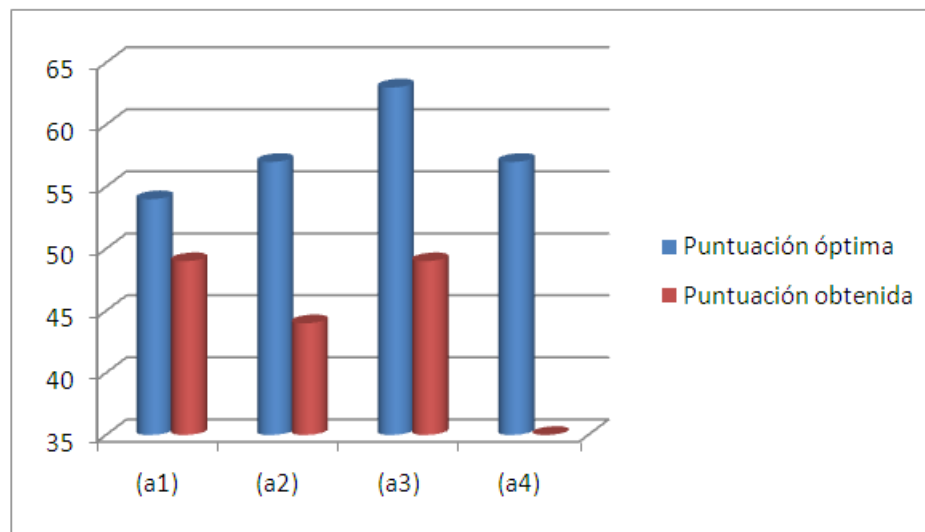
**Participante 116:**

Hombre de 24 años. Tiene una discapacidad intelectual moderada. Sus apoyos requieren una intensidad limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada, aunque necesita ayuda de otra persona de vez en cuando. Presenta impulsividad e hiperactividad.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 68% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en todas sus variables tiene una autoestima normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. Toma medicamentos en la actualidad, porque tiene problemas anímicos o emocionales.

**Gráfico 17. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 116)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras tiene problemas para cortar con las tijeras siguiendo una línea recta, para armar objetos de por lo menos diez piezas, que deben ser atornilladas o encajadas y para enhebrar una aguja; sobre un total de (54) puntos, tiene (49). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda y para resumir una historia; sobre un total de (57) puntos, tiene (44). En el apartado destrezas de la vida personal se detecta que en las tareas domésticas tiene problemas en cuanto a su nula realización. También presenta problemas de higiene corporal y en la utilización de los cubiertos; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (49). En el apartado de vida en la comunidad también presenta muchas

dificultades: no maneja bien las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria. No encuentra objetos que se colocan siempre en el mismo lugar. Tiene problemas para comprar cosas y para moverse por su barrio; de una puntuación total de (57) ha obtenido (31). Su independencia general es muy pobre: de 489,25 (94,13%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto presenta comportamiento autolesivo: se muerde de una a tres veces al mes, siendo un problema leve. Presenta heteroagresividad o daño a otros, dando patadas a los demás, aunque no es un problema porque lo realiza menos de una vez al mes. No presenta conducta disruptiva. Tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias): habla sólo y camina por la habitación de una a tres veces al mes, constituyendo un problema leve. No presenta conducta social ofensiva. Se detecta retraimiento o falta de atención, de una a seis veces por semana; es un problema moderado. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido comprobar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadoso, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y

no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene muchas dificultades para integrarse en el grupo. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, tiene serios problemas. Su puntuación es muy negativa. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas; participa sólo cuando se le pide, y no siempre. Su puntuación es, negativa.

No muestra excesiva solidaridad con sus compañeros. No muestra excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar sugerencias, son bajos.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: es una persona que se manifiesta tal como es. Lejano y ausente. Miente frecuentemente para disculparse. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora si se le pide. No se integra o se aísla. Le cuesta obedecer, pero lo hace. Tiende más a someterse que a dominar. No tiene juicio sobre las personas y las cosas. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Es una persona triste. Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos. Se siente incapaz de afrontar solo cualquier dificultad. Todo repercute en él, pero de forma pasajera. Nada le interesa. Se atiene a la realidad, sin intentar transformarla. Se agobia por todo. Tiene

bastante falta de atención. Habla solo y camina por la habitación sin rumbo fijo y presenta mucha hiperactividad con constantes agresiones físicas a los demás.

**Participante 117:**

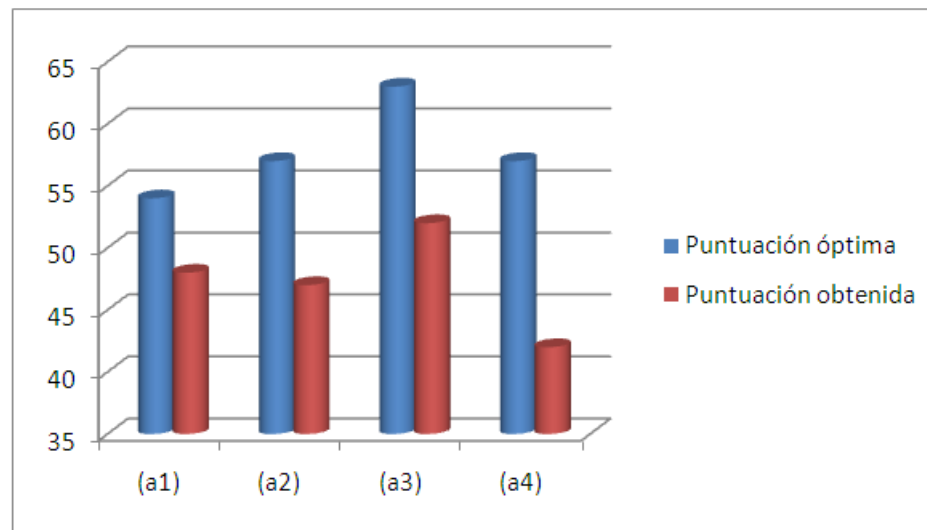
Mujer de 33 años. Tiene una discapacidad intelectual moderada. Necesita una intensidad de apoyos limitada. No tiene ninguna discapacidad física asociada. Presenta impulsividad e hiperactividad.

Su nivel de autoestima, cuando ingresa en el programa, es del 66% (autoestima normal). Según la clasificación propuesta por la adaptación de Brickmann, Segure y Solar (1989) del test de autoestima de Coopersmith (1967), en todas sus variables tiene una autoestima normal.

De los datos extraídos del ICAP, recogemos los siguientes resultados: no presenta problemas de visión y/o de audición. No presenta ataques epilépticos. En cuanto a la salud, no limita sus actividades diarias. No precisa atención médica. Toma medicamentos en la actualidad, porque tiene problemas anímicos o emocionales. No tiene problemas de movilidad.



**Gráfico 18. Datos del ICAP en la evaluación inicial. Año 2004 (sujeto 117)**



**Fuente: elaboración propia a partir del ICAP**

En el apartado de destrezas motoras; sobre un total de (54) puntos, tiene (48). En el apartado destrezas sociales y comunicativas tiene problemas en la localización de la información necesaria para llamar a un servicio de reparaciones cuando se estropea algo importante en su vivienda. Tiene graves problemas para comportarse de forma adecuada, para contar de forma resumida una historia; sobre un total de (57) puntos, tiene (47). En el apartado destrezas de la vida personal; sobre una puntuación de (63) ha obtenido (52). En el apartado de vida en la comunidad también presenta varias dificultades: no maneja nunca las herramientas manuales o eléctricas, no rellena nunca cuestionarios y tienes problemas cuando tiene que efectuar pagos o hacer balance de su cuenta bancaria. No administra bien su dinero y a veces no cumple con sus citas; de una puntuación total de (57) ha

obtenido (42). Su independencia general es de 493,75 (94,99%), cuando el valor máximo de este apartado es 519,75.

En cuanto a problemas de conducta se refiere, este sujeto no presenta comportamiento autolesivo. No presenta heteroagresividad o daño a otros. No presenta conducta disruptiva. Tiene hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) de una a tres veces al mes, siendo un problema leve. No presenta conducta social ofensiva. No se detecta retraimiento o falta de atención. No tiene conductas no colaboradoras.

En las observaciones del investigador, hemos podido constatar lo siguiente: En sus hábitos de higiene es cuidadosa, tanto la ropa como el cuerpo lo presenta en perfectas condiciones de limpieza. Su puntuación en esta variable es, positiva. En los hábitos de salud, no come correctamente y no practica deporte con asiduidad. Su puntuación es, muy negativa. En los hábitos de relación con los demás, tiene muchas dificultades para integrarse en el grupo. Su puntuación es, negativa. En los hábitos de aceptación de reglas, normalmente, tiene problemas. Su puntuación es muy negativa. En los hábitos de participación y colaboración en actividades grupales, evidencia problemas. Su puntuación es, negativa.

No muestra excesiva solidaridad con sus compañeros. No muestra excesiva satisfacción a la hora de realizar una técnica de Judo. Sus niveles en cuanto a dar opiniones, pedir orientación, solicitar información y solicitar

sugerencias, son bajos. Si no quiere realizar una técnica determinada, no lo hace aunque se le solicite insistentemente.

De la entrevista realizada a sus padres, hemos extraído las siguientes observaciones: es una persona que se manifiesta tal como es. Lejana y ausente. Miente frecuentemente para disculparse. Acepta las contrariedades, aunque le cueste. Colabora si se le pide. No se integra o se aísla. Le cuesta obedecer, pero lo hace. Tiende más a someterse que a dominar. No tiene juicio sobre las personas y las cosas. Mantiene un cuidado de sí y de sus cosas. Es una persona triste. Es reservada. Se siente incapaz de afrontar sola cualquier dificultad. Todo repercute en ella, pero de forma pasajera. Nada le interesa. Se atiene a la realidad, sin intentar transformarla. Se agobia por todo.

#### **1.4. Características generales de los participantes a investigar**

Las características esenciales que definen al colectivo propuesto para nuestra investigación, son las siguientes:

*A nivel intelectual:* sus procesos de aprendizaje son lentos. Tienen un déficit en la comprensión de conceptos abstractos y dificultades para organizarse y ubicarse. Presentan un mayor peso de la inteligencia cristalizada que de la inteligencia fluida. Tienen dificultades en la gestión del dinero, en el desarrollo del lenguaje y en la organización, gestión y planificación del espacio-tiempo. Tienen buen nivel de memoria selectiva en

detrimento de otros tipos de memoria. Evidencian déficit en aspectos como: atención, percepción, discriminación y concentración.

*A nivel social:* evidencian un déficit importante de habilidades sociales. Dificultades en las relaciones afectivas y en la asunción de responsabilidades consideradas propias de personas adultas. Fuera de sus hábitos, les falta iniciativa e improvisación.

*A nivel psicológico:* tienen una baja autoestima, vulnerabilidad emocional e inseguridad; por ello, existe una mayor probabilidad de presentar cuadros de depresión, ansiedad y miedos.

*A nivel general:* tienen rasgos físicos aparentes que denotan su condición intelectual. Tienen un desfase importante entre su edad mental y su edad cronológica. Sus dificultades en la psicomotricidad son importantes; dependiendo su grado de discapacidad intelectual se acentúan estas dificultades, siendo el retraso psicomotor más severo. Rígidos a la hora de resolver problemas, perseveran en sus errores, no aprenden de los errores.

Desde el punto de vista cognitivo son lentos en el aprendizaje e inseguros en las nuevas estructuras conseguidas. Por lo general, emocionalmente son muy variables. Se caracterizan por presentar inadaptación social.

De nuestra interacción en estos 5 primeros meses, hemos entresacado las siguientes observaciones: El caso, lo compone un grupo de personas, que por lo general, tienen la sensación de ser unas personas inútiles, que no importan a nadie. Esto se debe a que la imagen proyectada a los demás y que son capaces de detectar, no es la adecuada. También influye el hecho de comprobar que existen actividades que no realizan por falta de iniciativa propia (por ejemplo: Judo)

Tienen pérdida de entusiasmo. No se consideran aceptables físicamente. No tienen muchos amigos. Se reconocen poco inteligentes. Se consideran inferiores a los demás. Son hipersensibles a las críticas que les hacemos. Son indecisos, tiene temor a la equivocación. Tienen apatía, no realizan demasiado esfuerzo a la hora de aprender nuevas técnicas. Se consideran incapaces de estudiar el programa de grado. Se desmoronan cuando no les sale bien la técnica que les enseñamos.

En definitiva, tienen un fuerte pesimismo, depresión, amargura y visión negativa global, en la cual se incluyen ellos mismos.

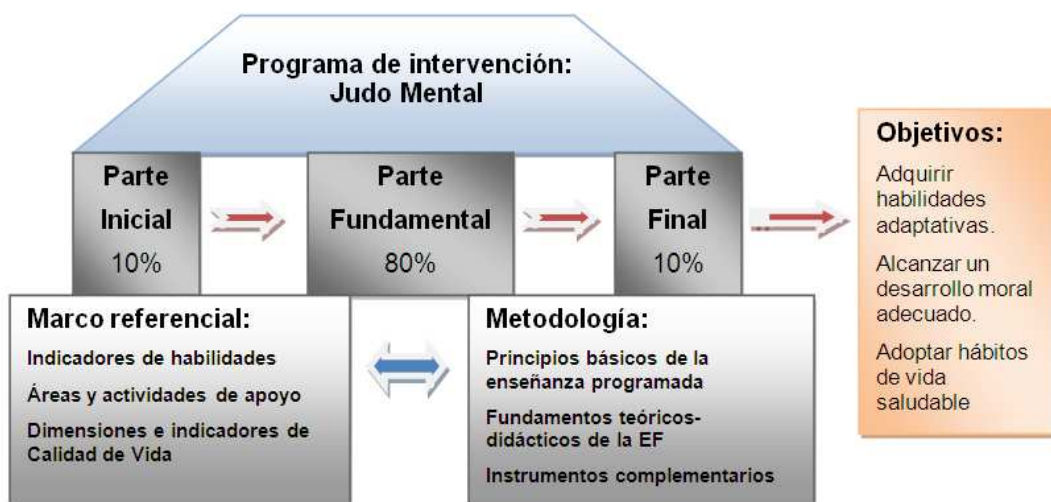
## **2.- Propuesta de un modelo de programa de intervención (Judo Mental).**

En este apartado se propone un modelo de programa de intervención de acorde con un marco referencial y una metodología que sirva de instrumento en la consecución de la calidad de vida y el aumento de

autoestima de las personas con discapacidad intelectual con una frecuencia intermitente o intermitente, que interactúen en él.

El modelo aquí propuesto incluye tanto los aspectos conceptuales, como los operativos que hay que seguir para alcanzar los objetivos propuestos y que resumimos en siguiente esquema:

**Gráfico 19. Programa de intervención "Judo Mental"**



Fuente: elaboración propia

Si nuestro objetivo final es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a través de la interacción de un programa de intervención, deberemos partir de la idea de Luckasson y Cols. (2002) de que la discapacidad intelectual es el resultado de la interacción entre la persona con limitación funcional y las exigencias de su entorno, y que la persona con discapacidad intelectual puede mejorar si se le proporciona los apoyos necesarios durante un tiempo prolongado. Entonces, ¿podríamos

mejorar la calidad de vida de estas personas proponiendo recursos y estrategias que permitan incrementar su nivel de habilidades adaptativas y capacidades funcionales, mejorar su salud, su bienestar físico, psicológico o funcional, así como incrementar su participación en la vida comunitaria?

### **2.1.- Objetivos y contenidos del programa.**

¿Qué queremos hacer? Esta pregunta hace referencia a los objetivos del programa. Es fundamental que quede claro, qué pretendemos conseguir con nuestra intervención (objetivos generales) y que los objetivos específicos que nos proponemos sean coherentes y posibles.

La educación física es un elemento de gran importancia en el desarrollo global del individuo. En personas con discapacidad intelectual es más significativo, ya que éstas poseen unas características psicomotrices diferentes. Sin embargo, por las características intrínsecas del Judo posibilitan que estas personas puedan practicar este deporte casi como otra persona más, sin necesidad de materiales adaptados u otro tipo de ayudas específicas, motivados por su deficiencia. Con la práctica del Judo contribuiremos entre otros aspectos a la mejora motriz y, a favorecer el bienestar personal del alumnado.

**Tabla 13. Objetivos y contenidos del programa de intervención “Judo Mental”**

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender las destrezas que se necesitan para manejarse en el entorno, tanto deportivo como social.</li> <li>- Alcanzar un desarrollo moral adecuado para saber lo que está bien y lo que está mal.</li> <li>- Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y la incidencia que tienen los diversos actos y decisiones personales, tanto en la salud individual como en la colectiva.</li> <li>- Formarse una imagen ajustada de sí mismo, de sus características y posibilidades y actuar de forma autónoma valorando el esfuerzo y la superación de dificultades.</li> <li>- Relacionarse con otras personas e integrarse de forma participativa en actividades de grupo con actitudes solidarias y tolerantes, libres de inhibiciones y prejuicios, y adquirir y desarrollar hábitos de respeto y disciplina como condición necesaria para una realización eficaz de las tareas educativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer la convivencia, la cooperación, el respeto y la tolerancia.</li> <li>- Aumentar la percepción de autoeficacia (física y mental)</li> <li>- Desarrollar la responsabilidad social (Locus de control interno).</li> <li>- Favorecer las habilidades sociales y la inteligencia emocional</li> <li>- Conocer, valorar y saber utilizar las técnicas básicas de relajación más apropiadas para su nivel y sus necesidades.</li> <li>- Conocer y valorar su cuerpo, con el fin de contribuir a mejorar sus cualidades físicas básicas y sus posibilidades de coordinación y control motor, realizando las tareas apropiadas y haciendo un tratamiento discriminado de cada capacidad.</li> <li>- Aumentar la autoestima, tanto personal como social</li> <li>- Promocionar la actividad física</li> <li>- Adoptar hábitos de vida saludables</li> </ul>	
Conceptos	Procedimientos	Actitudes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características motrices, afectivas de las personas con discapacidad intelectual.</li> <li>- Judo Mental, aspectos técnico-tácticos básicos y reglamentarios..</li> <li>- Los valores de los deportes de lucha.</li> <li>- Vocabulario específico de las actividades de lucha y del judo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y práctica del calentamiento específico.</li> <li>- Experimentación con el equilibrio y la relación de fuerzas propias de las actividades de lucha.</li> <li>- Realización de las técnicas básicas de lucha en suelo y lucha en pie.</li> <li>- Práctica de las distintas técnicas en situaciones de combate.</li> <li>- Situaciones motrices novedosas para el alumno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud de respeto y tolerancia hacia todos los compañeros, rechazando discriminaciones por nivel alcanzado, género, sexo...</li> <li>- Respeto a las normas y reglas y hacia los compañeros</li> <li>- Sensibilización hacia la situación de las personas con discapacidad.intelectual.</li> <li>- Superación de estereotipos que puedan presentar el judo como actividad violenta</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

## 2.2.- Marco referencial del programa de intervención

Ya nos hemos referido anteriormente al carácter educativo del Judo y que a través de su práctica podíamos modificar las conductas adaptativas de las personas que lo practican. Entonces la elaboración de un programa de intervención con una base fundamentada en Judo, donde se recojan las



acciones educativas necesarias para poyar el desarrollo de estas personas, se hace aconsejable.

También hemos podido comprobar que las investigaciones más actuales, consideran que la inteligencia es fluida, dinámica y cambiante y que por tanto el desarrollo intelectual depende tanto de las limitantes funcionales como de los apoyos disponibles en el entorno, de esta forma la discapacidad es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno.

Piaget (1976) parte de que la enseñanza se produce de dentro hacia afuera. Para él, la educación tiene como finalidad favorecer el crecimiento intelectual, afectivo y social de la persona, pero teniendo en cuenta que ese crecimiento es el resultado de unos procesos evolutivos naturales. La acción educativa, por tanto, ha de estructurarse de manera que favorezcan los procesos constructivos personales mediante los cuales opera el crecimiento.

Las implicaciones del pensamiento piagetiano en el aprendizaje, inciden en la concepción constructivista del aprendizaje. Así, las actividades de descubrimiento deber de ser prioritarias dentro de interacciones sociales. Los objetivos pedagógicos deben, además de estar centrados en el alumno, partir de sus actividades. La experiencia física supone una toma de conciencia de la realidad que facilita la solución de problemas e impulsa el aprendizaje. Las experiencias de aprendizaje deben estructurarse de manera que privilegie la cooperación, la colaboración y el intercambio de

puntos de vista en la búsqueda conjunta del conocimiento (aprendizaje interactivo)<sup>41</sup>.

El conjunto de la clase nunca puede ser considerado como un grupo homogéneo, ya que debemos tener en cuenta las diferencias en el proceso de aprendizaje del alumno determinadas por sus deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, por su menor o mayor motivación y por su estilo cognitivo. Todo esto determina la planificación del programa de intervención, atendiendo a la justificación teórica de los modelos de actividades que los alumnos van a desarrollar (Toro y Zarco, 1998). Nosotros, al disponer de alumnos que ya han pasado la tercera etapa biológica de 14 a 18 años, referida por Toro y Zarco, hemos de considerar que las esferas neuromusculares y cardiorespiratorias del alumno ya están preparadas para recibir grandes cargas de volumen e intensidad.

Así pues, a la hora de plantearnos el diseño de un programa de intervención, nuestro punto de mira no ha estado dirigido hacia el desarrollo de la coordinación neuromuscular, (pues este trabajo se debe realizar en etapas anteriores: primera etapa entre 7 y 9 años, segunda etapa entre 10 y 13 años y tercera etapa entre 14 y 18 años), sino mas bien a aspectos socio-afectivos y perceptivo-cognitivos, ya que nuestros objetivos son educativos al considerar la actividad física como un elemento formativo y motivacional

---

<sup>41</sup> Información extraída de la Web de la Universidad de Valencia. Disponible en <http://www.uv.es/~marcor/Piaget/IdeasBas.html> (última consulta: 10 enero de 2009).

del yudoca, al mismo tiempo que integrador en su colectivo social, posibilitándole de una mayor confianza, una mayor participación en las tareas y un fortalecimiento de su autoestima, seguridad y confianza en sí mismo. En este sentido, tenemos que hacer referencia al tratamiento que ofrece la actual AAID (Luckarsson y Cols., 2002) ya que consideramos, como hemos puesto de manifiesto a lo largo de este trabajo, que son quienes mejor definen y clasifican a los sujetos con los que vamos a trabajar.

Una de las aportaciones, a nuestro parecer más importante, realizadas por esta Asociación, ha sido enfocar la discapacidad intelectual desde una plataforma multifactorial. Un primer planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual se propuso en el año 1992, con la intención de eliminar el reduccionismo y la excesiva confianza en la utilización de test dirigidos a diagnosticar el Cociente Intelectual. Asimismo, planteó un giro determinante en el proceso de evaluación, buscando obtener información sobre las necesidades individuales en diferentes dimensiones, que luego debían relacionarse con los niveles de apoyo apropiados (Verdugo, 1994).

Su última definición data del año 2002 y propone un nuevo sistema de evaluación, donde se incorporan las siguientes dimensiones:

Dimensión I: Habilidades Intelectuales

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)

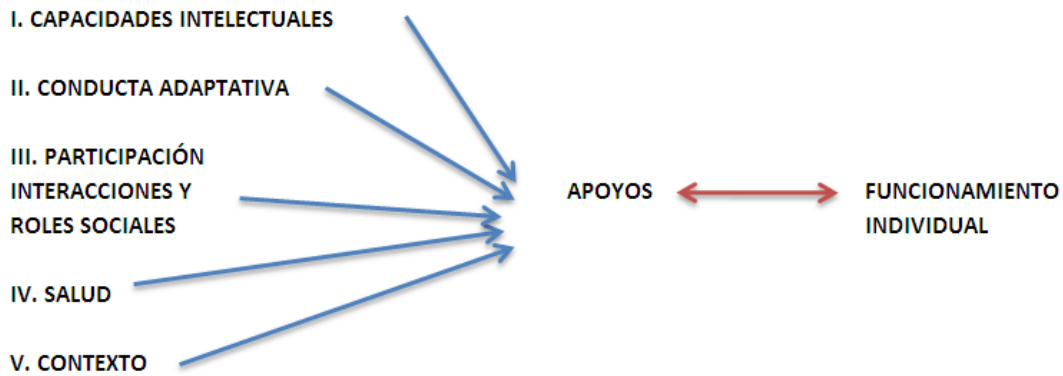
Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Estas cinco dimensiones propuestas por la AAID abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual. La introducción de la dimensión de Participación, Interacciones y Roles Sociales, es muy importante para nuestro objetivo. Asimismo se plantean dimensiones independientes de Inteligencia y de Conducta Adaptativa, también muy significativas para nuestro trabajo (Luckasson y Cols., 2002). <sup>(Gráfico 20)</sup>.

Además, se amplía la dimensión de Salud para incluir la salud mental, desapareciendo así la dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales que se había propuesto en el año 1992. Otro cambio importante se refiere a la ampliación de la dimensión “contexto” que pasa también a tener en cuenta la cultura junto a los aspectos ambientales (Verdugo, 2003).

**Gráfico 20. Modelo teórico de retraso mental**

---



---

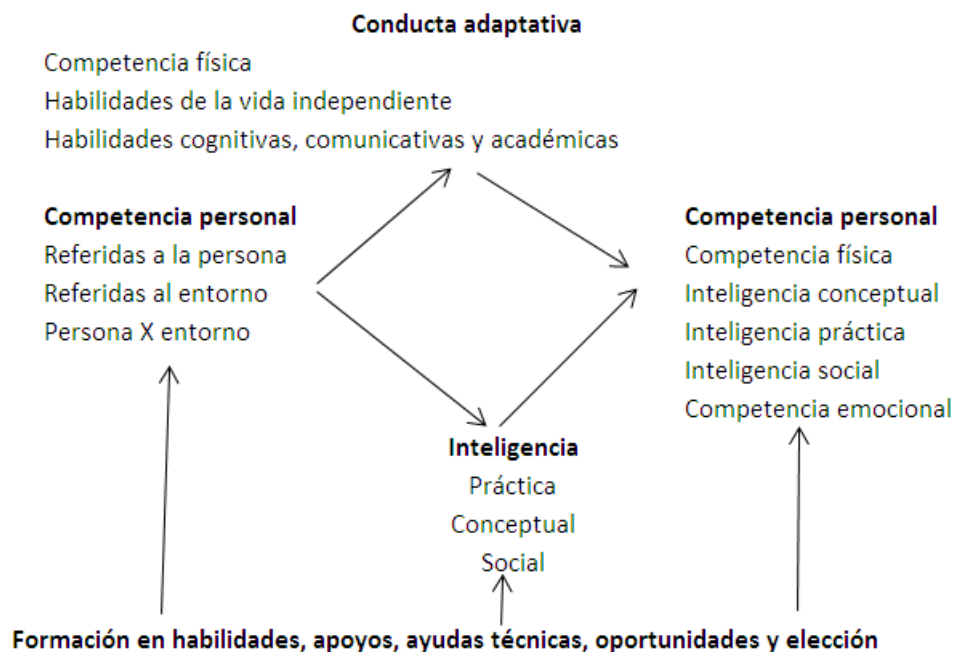
Fuente: Luckasson, R. y cols, (2002),

Se aconseja que todas las actividades educativas deban de estar destinadas a ayudarles en la adquisición de capacidades útiles en sus entornos cotidianos (Verdugo, 2003). En consecuencia, buscamos técnicas de Judo donde el yudoca tenga éxito y destaque de alguna forma. Corregimos oportunamente cuando la técnica está mal realizada, suprimiendo frases destructivas, amenazas y malos augurios; en cualquier caso se critica el fallo, no al yudoca. No proponemos actividades con un grado de dificultad excesivo para evitar el peligro físico del yudoca. Infundimos ánimos para que superen los pequeños fracasos y frustraciones; intentamos que nuestros hechos no contradigan nuestras palabras. Somos coherentes y rigurosos para impulsar conductas asertivas.

Schalock, (2001), después de realizar una minuciosa revisión de trabajos teóricos y empíricos sobre la inteligencia, realiza una interesante

puntualización: la interacción de la conducta adaptativa y la inteligencia influye en el nivel de competencia personal de la que disfruta un individuo. Bajo esta proposición, la calidad de vida de una persona está determinada a través de la formación en habilidades, apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y elección (Gráfico 21).

**Gráfico 21. Relación conducta adaptativa - Inteligencia**

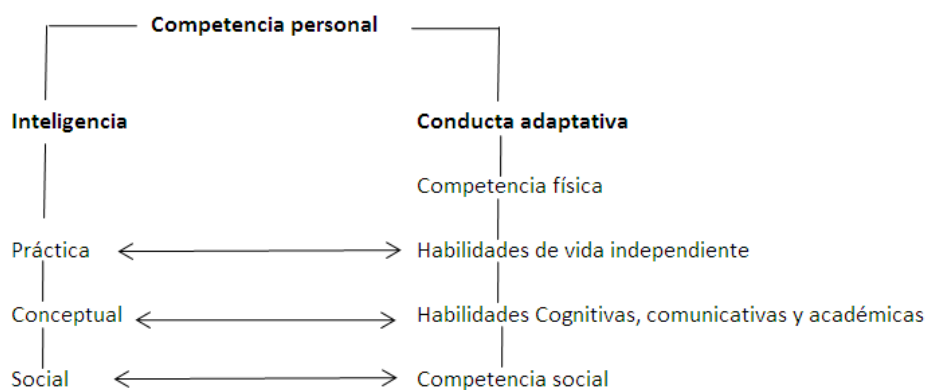


**Fuente: Schallock, (2001)**

Schallock, a través de este modelo conceptual, señala que el individuo es producto de unas experiencias vitales. Algunas de estas experiencias son personales, otras medioambientales y la mayoría son el resultado de las interacciones de cada persona con diferentes entornos. Estas experiencias

vitales tienen como resultado que el desarrollo de la conducta adaptativa tenga reflejo en la competencia física, en las habilidades de vida independiente, en las habilidades cognitivas, comunicativas y académicas y en la competencia social. Opina que la inteligencia está compuesta de componentes conceptuales, prácticos y sociales y la mejor aproximación a estos componentes en el campo de la discapacidad intelectual es la perspectiva de la competencia general <sup>(Gráfico 22)</sup>.

**Gráfico 22. Integración de la multimimensionalidad de los constructos de Inteligencia y Conducta adaptativa**



Fuente: Schalock (2001)

Para Sternberg (1984), la inteligencia práctica se puede considerar como las capacidades de las personas para adaptarse con éxito a los ambientes reales a los que se enfrentan, y a ejercer algún grado de control sobre ellos.

La inteligencia conceptual, se refiere, según Greenspan y Granfield, (1992), a la capacidad de resolver problemas intelectuales abstractos y para usar y comprender procesos simbólicos tales como el lenguaje.

La inteligencia social, implica la capacidad para comprender y manejarse de forma efectiva con acontecimientos y objetos sociales e interpersonales (Bennett, 1993; Keating, 1994).

Por ello, la formación en habilidades, los apoyos que ofrezcamos a los yudocas, las ayudas técnicas y el proporcionar oportunidades y la posibilidad de elegir, desempeñan un papel fundamental no sólo en nuestras experiencias vitales y en la conducta adaptativa, sino también en el nivel final de la competencia personal que alcancemos.

### **2.2.1.- Indicadores de habilidades**

Los siguientes indicadores tratan de ser consecuentes con las habilidades prácticas, conceptuales y sociales propuestas por Greenspan (1979, 1981); Greenspan y Granfield (1992); Schalock (2001).

La elección de estos indicadores está en consonancia con los objetivos perseguidos por nuestro programa, y a la posibilidad de poder medir estos aspectos a través de un instrumento estandarizado (ICAP) y por medio de la entrevista personalizada.



En consecuencia, los indicadores que nosotros estimamos, pueden ser mejorables por medio de la práctica del Judo, todo ello por las características especiales que presentan los sujetos a quienes va dirigido el programa, son los siguientes:

#### **2.2.1.1.- Competencia física**

La competencia (o desarrollo) motor o físico, implica las habilidades motoras más finas y más gruesas, desplazarse y destrezas básicas para alimentarse y asearse.

**Fuerza.** En el estudio del Judo, la no resistencia constituye un principio básico. El yudoca debe ceder a la fuerza de su oponente conforme si se es desequilibrado hacia delante o hacia atrás; esto propicia la anulación del esfuerzo contrario y se optimiza el gasto de nuestra energía. Pedagógicamente, es la manera de aceptar las cosas según se presentan para cambiarlas ventajosamente. En el entrenamiento del Judo sobre este principio, promueve una mejor comprensión de las leyes naturales y la forma de resolver los problemas, independientemente de cualquier tipo de fuerzas a que estemos sujetos (Espartero y Gutiérrez, 2002).

**Flexibilidad.** Para alcanzar un nivel adecuado de condición física en el Judo son importantes tanto las capacidades condicionantes: fuerza, resistencia y velocidad, como las capacidades coordinativas: flexibilidad, elasticidad, coordinación y equilibrio.

Bompa (1999) define la flexibilidad como la capacidad del rendimiento deportivo basada en la amplitud de movimiento y, por tanto, de gran importancia para el deporte. Este autor no considera la flexibilidad articular como una capacidad natural, sino como una cualidad anatómica del organismo locomotor de mucha importancia en el entrenamiento deportivo, siendo su combinación con la fuerza muscular determinante en todo tipo de acciones.

Una buena flexibilidad permite que la ejecución de los gestos deportivos se realice de manera más económica retrasando la aparición de la fatiga y permite la aplicación de la fuerza mediante un impulso de recorrido más largo. A mayor flexibilidad, mayor capacidad de contracción del músculo. La incidencia de la flexibilidad se ve reflejada en el mejor transporte de energía, aumentando de esta forma su capacidad mecánica (Guedea, 2005).

Los yudocas, como consecuencia del entrenamiento al que son expuestos, tanto en el *Kata* como en *Randori*, someten constantemente a sus articulaciones y a su musculatura a acciones violentas de máxima intensidad y recorrido. Así, conocer las capacidades de flexibilidad que cada alumno presenta, es sumamente importante. Debemos de tener en cuenta que la mayoría de las personas con discapacidad intelectual presentan serios problemas de flexibilidad causados por los efectos secundarios de la

medicación y que llegan a constituirse en problemas neurológicos; por lo cual, si la adaptación del Judo es fundamental, en este apartado, mucho más.

**Locomoción.** La mayoría de las discapacidades intelectuales presentan problemas de locomoción. Estos problemas se suelen tratar en atención temprana cuando las personas afectadas tienen una corta edad; pero en varios sujetos del caso sujeto a investigación, hemos detectado problemas de locomoción por mareos, pies cavos, entre otros. En estos casos los ejercicios en Judo Mental que traten de mejorar estas anomalías son muchos.

**Resistencia motora fina y gruesa.** Al igual que en la locomoción la mayoría de las discapacidades intelectuales traen consigo trastornos neurológicos complejos que involucran el desarrollo general de los individuos, lo que trae como consecuencia una involución en el desarrollo psicomotor, al haber una regresión de actividades motoras adquiridas y por ende un retraso en los aspectos psicológico y cognitivo (Freedman; Kaplan y Sadock ,1980).

La enorme heterogeneidad sintomática que presentan estas personas en las distintas áreas de su desarrollo, se reflejan con mucha más fuerza en el desarrollo neuromotor, por lo que las intervenciones a través de terapias

físicas son una de las vías para mantener, un mayor tiempo, la movilidad y la funcionabilidad de la marcha y otras respuestas motoras.

En este sentido, el Judo es una disciplina que prepara al que lo practica en el desarrollo de la fuerza, velocidad, resistencias, habilidad, flexibilidad, movilidad. Por lo tanto, aconsejado para disminuir tanto los comportamientos estereotipados, como las apraxias (Incapacidad o dificultad de llevar a cabo movimientos y acciones propositivas a pesar de tener una movilidad normal); consecuencias evidentes en la pérdida de la habilidad motora fina y la capacidad motora gruesa de tipo complejo (Singer, 1986). (2 de nuestros alumnos presentan alteraciones tróficas en los pies; otro alumno presenta un grado significativo de escoliosis; y otro, un tono muscular bastante rígido y espástico).

**Deambulación.** En ocasiones, las personas con discapacidad intelectual, pueden caminar durante un tiempo extenso, aparentemente sin motivo u objetivo alguno, de una manera desorientada. En principio, la deambulación no tiene por qué ser un problema y sólo comienza a serlo cuando se produce en lugares inadecuados y con consecuencias negativas, tales como tener riesgo de caídas, sufrir un accidente, exponerse a una temperatura desaconsejable, causar daños al mobiliario u otros enseres mostrarse agresivo con otras personas (Avilés Martínez y Alonso Elvira, 1992).

En las sesiones de Judo Mental atendemos en especial medida las situaciones que puedan ofrecerse de agresividad, propiciando reforzadores positivos que disminuyan las conductas agresivas entre los yudocas, ya que los accidentes por caídas no se suelen producir cuando se les ha enseñado convenientemente tanto a proyectar como a caer.

### **2.2.1.2.- Habilidades de vida independiente**

La inteligencia práctica es la capacidad de comprender el entorno y utilizar ese conocimiento para determinar la mejor manera de conseguir unos objetivos concretos. El ejercicio de cualquier arte o actividad dinámica requiere inteligencia práctica principalmente (Albrecht, 2008).

García Pérez, (2001) define la Inteligencia práctica, como la habilidad para encontrar la similitud entre un contexto pasado y otro actual, recordar que con un comportamiento determinado, obtuvimos éxito y volver a emplear el mismo comportamiento en una situación actual, esperando que nos proporcione un nuevo éxito. Esto requiere de unas habilidades que dote al individuo de una vida independiente.

La enseñanza en habilidades de vida independiente, está dirigida a desarrollar destrezas en áreas como: preparación de alimentos, manejo financiero básico, tareas del hogar, seguridad en el hogar, aseo e higiene personal, vestimenta, entre otras. Estas habilidades promueven la autogestión y la mejora de la calidad de vida.

En este sentido, en las sesiones de Judo Mental vamos a tener en consideración las áreas propuestas por Schallock, (2001) y cómo poder incorporar estos conceptos en nuestras sesiones educativas, para intentar producir una mejora a nuestros alumnos en autocuidado y, salud y seguridad. Esto, les proporciona un estado de concentración más alto y un sentido de responsabilidad muy importante para su interacción familiar, laboral y social.

**Autocuidado.** En las sesiones de Judo Mental no podemos descuidar las habilidades de autocuidado (control de esfínteres, limpieza y aseo). En este sentido recordamos en estas sesiones la necesidad de incorporarse al *Dojo* en unas condiciones óptimas de higiene, entendiendo que esto repercute en toda la clase; es muy difícil soportar el contacto físico con una persona que huele mal por no tener un aseo adecuado antes de entrar en el tatami. Además de la posibilidad de lesión cutánea por contacto con unas uñas mal cuidadas.

**Salud y seguridad.**

La dimensión IV salud propuesta por la AAID en su definición de 2002 abarca aspectos del individuo: salud física, salud mental, etiología. Para nosotros conocer la etiología es importante para poder adaptar las técnicas de Judo a las características del yudoca; debemos entender que la seguridad del yudoca comienza por la exclusión del programa de las

técnicas que puedan conllevar riesgo de daño físico. El daño moral también es importante, porque si a un yudoca con limitaciones físicas o mentales le proponemos técnicas de Judo que no va a ser capaz de realizar adecuadamente, podemos ocasionarles graves frustraciones que van a mermar su nivel de autoestima. Así los apoyos se ofrecen sobre las capacidades del yudoca, proponiéndole objetivos alcanzables.

### **2.2.1.3.- Habilidades cognitivas, comunicativas y académicas**

A nivel cognitivo el Judo proporciona el desarrollo de la capacidad de análisis y respuesta en las diversas situaciones de lucha, y adquisición de conocimientos de conceptos físicos ligados al equilibrio (equilibrio, desequilibrio, centro de gravedad, base de sustentación) (Díaz, 1974).

Quitamos importancia a este apartado, en cuanto a cantidad de técnicas a aprender, porque consideramos que no es tan importante la cantidad de conocimientos que asimilen los alumnos, como la calidad de dichos conocimientos. Si un yudoca sólo es capaz de realizar 3 técnicas de Judo, debemos potenciar estas técnicas y no avanzar en la adquisición de la totalidad del programa de Judo aconsejado por la Federación Española de Judo (FEJ, 1982).

La Federación, recomienda una serie de técnicas que nosotros consideramos no oportunas para las personas que presentan discapacidad

intelectual, por su alto riesgo de lesiones; como por ejemplo, las luxaciones<sup>42</sup> o las estrangulaciones<sup>43</sup>.

Dado que el sujeto pasa en su aprendizaje de una toma de información básicamente visual a otra de tipo táctico-kinestésico y estructura las relaciones de contacto entre diferentes móviles, las diferentes partes de su propio cuerpo y las de su compañero o adversario. (Espartero y Gutiérrez, 2004). Por esto es fundamental conocer como una persona con discapacidad intelectual hace uso de su memoria.

**Memoria a corto y largo plazo.** La recepción de información, su posterior elaboración y la capacidad de relacionar y generar nueva información requieren de unos sistemas abiertos y atentos en el cerebro humano. Existen áreas especializadas y circuitos preferentes por los que dicha información debe circular y organizarse. Las zonas más activas en estos procesos son: el cerebro posterior, el anterior, las áreas de asociación, la corteza pre-frontal y la corteza motora. Son amplias estructuras que se van interconectando en forma cada vez más compleja en función de la plasticidad del sistema nervioso central y de las habilitaciones que el niño

---

<sup>42</sup> Las “técnicas de luxación” (Kansetsu-Waza) se ocupan solamente de la aplicación de llaves a los brazos con presión contra la articulación del codo. Su seguridad depende en gran medida de la capacidad del atacante para controlar su fuerza y las reacciones musculares de su propio cuerpo y las de su oponente.

<sup>43</sup> Las “técnicas de estrangulación” (Shime-Waza), es un conjunto de técnicas que abarcan tanto estrangulaciones como sofocaciones. La sofocación se produce cuando se aplica presión a la parte frontal de la garganta o tráquea. Puede provocar asfixia. La estrangulación se produce cuando se aplica presión contra las arterias carótidas a los lados del cuello; puede producir pérdida de la conciencia, si se restringe el aporte de sangre al cerebro durante unos segundos.



efectúa durante su desarrollo. Todo esto requiere de la actividad de dos grandes sistemas adicionales: atención y memoria tanto a corto, como a largo plazo (Mayor y Sainz, 1988).

La atención es un elemento básico para que la información se haga, en primer lugar consciente y en segundo lugar operativa. Este sistema de atención, se encuentra dividido en subsistemas capaces de realizar distintas funciones: a) Orientar al individuo hacia señales sensoriales que se colocan a su alcance; b) Detectar estas señales para procesarlas en forma consciente y; c) Mantener un estado de alerta, que le dé rapidez a las respuestas (Molina García, 1994).

La memoria hace que el mensaje recibido y posteriormente procesado en el cerebro, permanezca en él y pueda ser utilizado en el momento y del modo oportuno. Se divide en: memoria a corto plazo, que almacena la información según se va produciendo, durante un período de tiempo muy breve, y Memoria a largo plazo, que exige de la existencia de mecanismos de procesamiento, almacenamiento y disponibilidad de información. De este modo se asegura la presencia de huellas informativas durante un período de tiempo determinado (Sternberg, 1987c).

Todos los individuos tenemos los mismos mecanismos propios del sistema, pero existen diferencias tanto en la capacidad como en la manera de utilizarlos. Teniendo en cuenta estas pautas, podemos pensar que las

alteraciones que presentan las personas con discapacidad intelectual, pueden explicar los problemas de atención, de estado, de alerta y de memoria que inciden en forma directa sobre los procesos de su aprendizaje; les resulta más difícil procesar la información auditiva y visual ya que la decodificación y codificación de datos son interrumpidas, disminuyendo la fluidez, lo que retrasa los tiempos de la memoria (Bueno, *et al.*, 1990b).

Nuestra propuesta, dentro del programa, es el diseño de actividades de repetición de diversas técnicas (*uchi-komis*), tratando de conseguir que la información pase a la memoria a largo plazo y se relacione con la información allí contenida. En cuanto a la atención, es reforzada situando dibujos explicativos de las técnicas en las diferentes paredes del *Dojo* donde se realizan las sesiones de Judo Mental.

***Velocidad en el procesamiento. Procesamiento visual y auditivo.***

En los primeros años de vida de un niño, casi toda la actividad es parte de un proceso de organización de sensaciones en el Sistema Nervioso Central; el niño aprende a sentir su cuerpo y el mundo que le rodea, a realizar diferentes movimientos, a interactuar con objetos, a hablar y a relacionarse con otras personas. Todas estas funciones se desarrollan en un orden natural; cada niño sigue la misma secuencia básica, unos de una forma más rápida que otros. Cuando por su discapacidad intelectual, un niño se desvía considerablemente de esta secuencia básica del desarrollo de la integración

sensorial, tendrá problemas en muchos aspectos de la vida (García García, 1988b).

En Judo Mental se proponen sesiones concretas, tangibles, que se acerquen a situaciones y experiencias de su vida cotidiana, que puedan encajar en su marco de referencias y en su esquema de valores; por ejemplo la defensa personal a través de las técnicas de Judo es muy apropiada para que comprendan que antes de actuar, debemos valorar la situación de peligro que existe en el momento de agresión de un individuo hacia nosotros. Así, si esta agresión no conlleva un peligro significativo, es mejor no tomarla en consideración.

Las particularidades de las personas con discapacidad intelectual hacen que cada individuo sea diferente, por lo que necesitan de un apartado en el programa individualmente diseñado y construido para su discapacidad intelectual y física y, de acuerdo con sus necesidades particulares; aprenden observando y escuchando; son capaces de establecer asociaciones entre lo que ven, oyen y sienten, y algo experimentado en una situación dada.

Es muy importante tener en cuenta la heterogeneidad de los fenotipos conductuales de trastornos genéticos específicos; una persona con Síndrome Down manifiesta mejor rendimiento en tareas viso-espaciales que en tareas verbales o auditivas, mientras que una persona con Síndrome de X frágil, tiene mejores habilidades verbales que viso-espaciales. De este

modo, una técnica como *uchi-mata*, a una persona con Síndrome Down se le enseña incidiendo de una manera significativa en la demostración práctica del *Sensei*; sin embargo, a una persona con Síndrome X frágil se le enseña mejor a través de una explicación teórica de la técnica, sin olvidar que en ambos casos se descompone la técnica en pequeños movimientos secuenciados jerárquicamente.

**Comunicación.** Mejorar las habilidades comunicativas, a través de las sesiones de Judo Mental. A las personas con discapacidad intelectual se les puede incrementar la adquisición de destrezas comunicativas tales como comprender lo que se les dicen, el por qué realizamos una actividad y no otra. Así solicitar respuestas a los problemas planteados en las sesiones, mejora la comunicación entre los integrantes del programa.

#### **2.2.1.4.- Competencia social**

La inteligencia social revela que estamos “programados para conectar” con los demás y que nuestras relaciones tienen un impacto muy profundo en nuestras vidas. El trato diario con nuestros progenitores, parejas, jefes, amigos, e incluso extraños, conforma nuestro cerebro y afecta a todas las células de nuestro cuerpo hasta el nivel de los genes. El hallazgo fundamental que Goleman, (2006) aporta, es que estamos diseñados para ser sociables, y que participamos constantemente en un “ballet neuronal” que nos conecta, de cerebro a cerebro, con quienes nos rodean.

**Cooperación y Empatía.** En las sesiones de Judo Mental se trata de crear climas de cooperación y ayuda mutua. Así potenciamos que el yudoca coopere en la adquisición de conocimientos de los menos favorecidos intelectualmente, ayudándoles cuando es necesario y repasando con ellos las técnicas y corrigiendo sus defectos. La empatía se define como "la capacidad o proceso de penetrar profundamente, a través de la imaginación, dentro de los sentimientos y motivos del otro" (Montaner, 2007). En un sentido menos académico, implica ponerse "en los zapatos, o en la piel del otro", de manera de entender realmente sus penas, sus temores, o más positivamente hablando, sus alegrías. Se relaciona con la inteligencia emocional y con la comunicación y a través de ella desarrollamos la inteligencia social.

De esta forma, en Judo Mental para que exista una cooperación efectiva debemos tener empatía, reconocer los sentimientos de los demás y comprender por qué los demás se sienten así. Ésta, es la habilidad de 'sentir con los demás', de experimentar las emociones de los otros como si fuesen propias.

**Inferencia social.** Cuando se produce cualquier situación de interacción social, el flujo de información que se suscita entre los componentes de la relación es un flujo constante, variado, rico y complejo, para cuyo "aprovechamiento" parecen estar preparadas las personas

normales (Huici y Moya, 1994). Pues bien, podríamos decir que las personas con discapacidad intelectual fallan en procesar claves estímulares cuyas características sean las de sutileza, complejidad, variedad y transitoriedad. Para procesar estas claves, probablemente tengan que hacer un ejercicio consciente, en el sentido de cognitivo. Es decir, sin necesidad de hacer elaboraciones intelectuales las personas saben "leer" esa información sin esfuerzo, independientemente, al menos en parte, de sus capacidades intelectuales.

Si una secuencia de interacción social se caracteriza por el conjunto encadenado de acciones y reacciones de cada uno de los miembros de la interacción, en Judo Mental procuramos que la acción realizada por un yudoca deje abierta la posibilidad de reacción o respuesta, por parte del otro, siendo esta reacción, a su vez, una acción que origina la reacción del otro, y así sucesivamente. Esto se realiza a través del entrenamiento del *Randori*.

**Resolución de problemas sociales.** D'Zuriila y Nezu (1999) consideran que el Modelo de Resolución de Problemas Sociales hace referencia a procesos de tipo cognitivo-afectivo-conductuales por los cuales una persona intenta identificar, descubrir, inventar o adaptar respuestas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida cotidiana. Las personas con discapacidad intelectual tienen dificultades para detectar la naturaleza del problema, para diseñar un plan de solución, para ejecutar un

plan y para deducir un principio general. Así su razonamiento para solucionar problemas suele ser menor del esperado, dado su edad mental. Las personas con discapacidad intelectual ligera y con mucho apoyo específico, pueden desarrollar la identificación del problema, diseñar y ejecutar un plan de solución, pero difícilmente pueden deducir un principio general ya que presentan un déficit en la memoria a corto plazo y no mantienen en su mente la información relevante. También debemos tener en cuenta, a la hora de desarrollar las actividades de Judo Mental que las personas con discapacidad intelectual moderada suelen utilizar la estrategia de enrayo-error.

Si es verdad que tienen una baja autoestima, son muy receptivos a refuerzos sociales, aunque no deben darse continuos e indiscriminados.

### **2.2.2.- Áreas y actividades de apoyo**

En el diseño de las sesiones educativas hemos tenido en cuenta las áreas de apoyo y sus actividades de apoyo representativas que la AAID propone en su definición, clasificación y sistemas de apoyo de 2002, ya que estamos de acuerdo en la importancia de los apoyos para las personas con discapacidad intelectual, puesto que prometen proporcionar unas bases más eficientes y continuadas para mejorar los resultados personales del yudoca. Así, en el desarrollo de la Unidad Didáctica correspondiente, introducimos las siguientes actividades:

### 2.2.2.1.- Actividades de desarrollo humano

Son aquellas que proporcionan oportunidades para el desarrollo físico que incluyen coordinación ojo-mano, habilidades motrices finas y actividades de motricidad gruesa:

- Desarrollo de *Uchi-komis* (repeticiones de una técnica) de *ashi-barai* (técnica de Judo) en movimiento, atendiendo al desequilibrio de *Uke* (persona que recibe la técnica por parte de *Tori*) cuando su pie no está en contacto con el suelo.
- Desarrollo de *Uchi-komis* de *ashi-barai* en movimiento, agarrando y soltando el *kumi-Kata* (agarre del quimono) a *Uke*.

A través de estos *Uchi-komis* se consigue mejorar tanto la coordinación ojo-mano, como las habilidades motrices finas y gruesas, dado que el yudoca tiene que prestar atención a varios aspectos:

Realizar la técnica cuando *Uke* se encuentre en situación de desequilibrio y no al revés; si esta situación no se ofrece debemos provocarla mediante arrastre o empuje a *Uke* en la dirección idónea hasta conseguir su desequilibrio.

Realizar la técnica observando la situación de los pies de *Uke*; no es adecuado realizar una técnica cuando *Uke* tiene el pie que vamos a barrer



esta apoyado en el tatami. Esto requiere tener que estar siempre pendiente del movimiento de nuestro cuerpo y el de nuestro compañero.

Con estas situaciones, que son explicadas por el *Sensei*, el yudoca adquiere la sensación de mejora en su desarrollo humano y aumento de su autoestima, al admitir que para realizar estas técnicas se tiene que tener una inteligencia, en iguales condiciones que las personas que no tienen discapacidad intelectual; “son muchas las cuestiones que tienen que pensar antes de realizar una técnica y eso es muy difícil de conseguir”. De este modo podemos observar la cara de satisfacción que adquiere su rostro, cuando después de varios intentos consigue proyectar a *Uke* al tatami. En este sentido, tenemos que señalar que esta situación se ofrece después de una labor muy intensa en el *Dojo* y que en la mayoría de los casos es inapreciable por el propio yudoca.

#### **2.2.2.2.- Actividades de enseñanza y educación.**

Son actividades que permiten la interacción con maestros y compañeros entrenados. Requieren de acceso y participación en el entrenamiento:

- Desarrollo de actividades de Judo donde el profesor y los alumnos con más capacidades interactúen con los demás alumnos.

Anteriormente, en este mismo capítulo, hemos visto que las sesiones de Judo Mental se han tenido que modificar a lo largo del desarrollo del programa, alteración propiciada por la continua incorporación de nuevos elementos al mismo (futuros yudocas)<sup>44</sup>.

Esta incorporación nos posibilita, en la actualidad, tener en el *Dojo* a yudocas de diferentes niveles de aprendizaje. Así, los yudocas más antiguos y por ello mejor preparados, enseñan y ayudan a los nuevos, consiguiendo con ello una integración al programa mucho más efectiva, sin traumas.

Estas actividades propician el aprendizaje y empleo de estrategias de solución de problemas:

- Desarrollo de *Randori*; *Uke* y *Tori* practicando *Randori* en 3 combates de 2 minutos cada uno, cambiando de compañero en cada uno de ellos

A través del *Randori*, los yudocas adquieren habilidades para discriminar diferentes situaciones “problemáticas” que se le presenten. En Judo existe la modalidad de Judo suelo donde *Uke* te puede movilizar; si después de varios segundos no te sueltas de su presa, pierdes el combate. Estas situaciones nos ofrecen la posibilidad de razonar las diferentes

---

<sup>44</sup> Nosotros consideramos que un nuevo elemento adquiere la consideración de yudoca cuando ha consolidado una serie de habilidades adaptativas establecidas al principio de su incorporación al programa.

maneras que existen de escaparte de la inmovilización de *Uke*. Sólo unas son eficaces y esas, son las que tenemos que utilizar. También se hacen conscientes de que la solución del “problema” que es estar inmovilizado por *Uke* lo debe resolver en un espacio corto de tiempo, puesto que de otra forma, pierde el combate al llegar a los segundos estipulados por el árbitro de Judo, en este caso el *Sensei*.

Favorecen el aprendizaje y utilización de habilidades de salud y de educación física:

- Durante el desarrollo de las actividades de Judo, se hace hincapié sobre el cuidado personal: cuerpo limpio antes de entrar en el tatami, así como el perfecto estado del *judogui*.

Para nosotros es muy importante que la adquisición de hábitos de higiene y salud se realice desde el *Dojo* y que con ello se generalicen a la vida cotidiana del yudoca. Por ello, no se permite la entrada al mismo sin tener el cuerpo y el kimono en perfecto estado. Tampoco se permite, dentro del *Dojo*, comer, tocarse los pies o introducirse el dedo en la nariz.

### **2.2.2.3.- Actividades de salud y seguridad.**

A través de este tipo de actividades se enseña cómo se evitan los riesgos para la salud, adquiriendo técnicas de seguridad.

- Durante las actividades de Judo, los yudocas aprenden a realizar técnicas adaptadas, evitando en todo momento movimientos inadecuados que conducirían a posibles lesiones.
- Desarrollo del movimiento y desplazamiento. El movimiento y desplazamiento por el tatami, bien realizado, es fundamental.
- Mantenimiento de la salud física, salud mental y el bienestar emocional.

#### **2.2.2.4.- Actividades conductuales.**

Por medio de estas actividades se adquieren habilidades o conductas específicas. Aprendizaje de toma de decisiones apropiadas. Realizar elecciones y tomar iniciativas.

- Desarrollo de actividades de *Randori*, donde cada yudoca tiene que tomar decisiones apropiadas y razonadas para obtener ventaja con respecto a su oponente, mediante las técnicas aprendidas en las sesiones de técnica de Judo.

Seguimiento de reglas y normas.

- Dentro del tatami, el *Sensei* establece unas reglas y normas que toda persona que entre en el mismo tiene que respetar, para conseguir un ambiente adecuado para la realización de

las actividades de Judo. Reglas, como ya hemos dicho anteriormente, consensuadas con todos los componentes del programa. Si en alguna ocasión el *Sensei* no es capaz de consensuar alguna de ellas, deberá utilizar una estrategia educativa para que esto no ocurra, puesto que todas las reglas que se propongan, deben de ser imprescindibles para la mejora del programa y la consecución de los objetivos propuestos.

Mantenimiento de un comportamiento socialmente apropiado en público.

- El comportamiento social del yudoca, con respecto al resto de la comunidad, está latente durante toda la sesión de Judo.

En las sesiones de Judo no se permite la agresión verbal: maldecir, amenazar o cualquier otra actitud que moleste al compañero y al *Sensei*. De este modo, si alguien tiene algo que decir, al final de la sesión le escuchamos y el que quiera opina al respecto.

Control de la ira y la agresión.

- Desarrollo de actividades de Judo. Se hace hincapié sobre el control de la ira y la agresión durante las sesiones, para que nuestro oponente no se aproveche de una situación de ventaja

ofrecida por cualquier yudoca que no tenga control de sus actos. Judo significa “camino suave”, de modo que la paciencia y la no agresión están presentes en la filosofía de este arte marcial.

- Desarrollo de actividades de relajación. Las sesiones de Judo Mental finalizan con una sesión de relajación de diez minutos,

#### **2.2.2.5.- Actividades sociales.**

Son aquellas donde se fomenta la participación en actividades recreativas o de ocio. Instauración y mantenimiento de amigos. Aprendizaje para saber comunicar a los demás sus necesidades personales. Empleo de habilidades sociales apropiadas. Ofrecer ayuda y ser ayudado por otros.

- Desarrollo de actividades de juegos apropiadas para los objetivos propuestos.

A través de las actividades de juegos que introducimos en las sesiones de Judo Mental, se potencian las habilidades sociales. Por lo cual, los yudocas que presentan algún déficit en estos aspectos, a lo largo del programa mejoran de manera significativa. Estos factores son vitales para la adquisición de bienestar y aumento del nivel de autoestima.

#### **2.2.2.6.- Actividades de protección y defensa.**

Actividades que favorecen el aprendizaje de defensa de sí mismo y a otros.

- Desarrollo de actividades de Judo, para el aprendizaje de estrategias destinadas a la autodefensa, así como a la defensa de cualquier persona que se encuentre en apuros.

#### **2.2.3.- Dimensiones e indicadores de Calidad de Vida.**

Todas estas actividades de apoyo tratan de conseguir que el yudoca adquiera una conducta adaptativa que propicien una mejora en su calidad de vida. Así, debemos comprobar si en las siguientes dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2002, 2007), se han producido cambios significativos.

De acuerdo con Schalock, la mayoría de los especialistas concuerdan en agrupar los indicadores de la calidad de vida en torno a tres grupos de indicadores: sociales, psicológicos, y grado de ajuste al medio.

Los indicadores sociales se refieren a las condiciones externas, tales como salud, bienestar social, amistades, nivel de vida, educación, seguridad ciudadana, hogar, tiempo libre, etcétera.

Los indicadores psicológicos comprenden el bienestar psicológico (Flanagan, 1982) y la satisfacción personal (Harner & Heal, 1993; Heal, Rubin & Park, 1995), como consecuencia del afrontamiento de los acontecimientos ordinarios de la vida personal. El grado de ajuste entre la persona y su medio se refiere a la congruencia entre los deseos de la persona y la satisfacción de esos deseos o necesidades. (Jamieson, 1993. De acuerdo a esta triple clasificación, Schalock (1996a) propone las siguientes dimensiones de la calidad de vida:

- Bienestar emocional (seguridad, espiritualidad, felicidad, autoconcepto, alegría)
- Relaciones interpersonales (intimidad, afecto, familiar, relaciones, amigos, apoyos)
- Bienestar material (posesiones, dinero, seguridad, alimentación, empleo, status socioeconómico, protección).
- Desarrollo personal (educación, habilidades, competencia personal, ascensos-progresos, actividades propias)
- Bienestar físico (salud, alimentación, tiempo libre, movilidad, cuidado de la salud, seguros, ocio, actividades de la vida diaria)
- Autodeterminación (autonomía, elección, toma de decisiones, control personal, autodirección, metas personales, valores)
- Inclusión social (aceptación, status, apoyos, ambiente de trabajo, integración y participación en los asuntos de la comunidad, roles sociales).



- Derechos (intimidad, voto, proceso justo, propiedad, responsabilidades civiles).

De estas dimensiones escogeremos las que se encuentren dentro de nuestro interés, ya que consideramos que todas no pueden ser analizadas convenientemente en la posterior evaluación de las sesiones educativas. La dimensión material tiene indicadores que nosotros desde nuestra posición no podemos controlar, como son: el status socioeconómico, el empleo o las posesiones que tenga el sujeto; entendemos que la interacción en el programa no facilita la mejora en estos aspectos. Lo mismo ocurre en la dimensión derechos, ya que la intimidad, el voto o las responsabilidades civiles son indicadores que ya están controlados por los profesionales de la Asociación donde son usuarios.

Sí pensamos, que con la observación y los instrumentos de cogidas de datos utilizados, se recogen suficientes dimensiones <sup>(Gráfico 23.)</sup>, como para realizar una evaluación que nos ofrezca resultados objetivos en la comprobación de los cambios significativos, que han surgido durante el tiempo de exposición del programa “Judo Mental”, en cuanto a la calidad de vida de los yudocas se refiere.

Gráfico 23. Dimensiones e indicadores de calidad de vida	
DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar emocional	Seguridad. Autoconcepto. Felicidad. Disminución del estrés. Satisfacción.
Relaciones interpersonales	Amistades. Afecto. Interacciones y participación. Apoyos
Desarrollo personal	Actividades significativas. Habilidades. Competencia personal. Progreso.
Bienestar físico	Salud.
Autodeterminación	Autonomía. Decisiones. Autodirección. Valores personales y metas. Control personal. Elecciones.
Inclusión social	Aceptación

Fuente: elaboración propia a partir de Schallock (1996a)

### 2.2.3.1.- Bienestar emocional.

**Seguridad.** Comprobar si el yudoca siente que su seguridad para enfrentarse a posibles problemas cotidianos ha mejorado. Si su actitud ha cambiado, regenerándose significativamente.

**Autoconcepto.** El cambio producido en el nivel de autoestima es el mejor indicador de que su autoconcepto mejora

**Felicidad.** El *Sensei* tiene que observar que el yudoca se siente feliz cuando entra en el *Dojo*; feliz de realizar las técnicas con sus compañeros; feliz de ser un componente activo en los juegos. En el *Randori* se puede observar hasta que punto se enfada cuando le proyectan al tatami o si es feliz y esto no le inquieta, mostrando felicidad.

**Disminución del estrés.** Si las sesiones han sido las adecuadas, el yudoca que accede al programa con estrés debe reducir ese estrés poco a poco entrando en un estado de equilibrio mental.

**Satisfacción.** La satisfacción por practicar Judo Mental y que los demás lo conozcan y lo aprecien, debe de ser plena dentro y fuera del *Dojo*.

### **2.2.3.2.- Relaciones interpersonales.**

**Amistades.** Si las amistades se mantienen en el tiempo, es indicativo de que han adquirido habilidades de intercambio social, formando parte del grupo de Judo Mental. También es importante que respeten las normas, que inicien, mantengan y finalicen una conversación y sepan regular su propia conducta. De este modo el *Sensei* debe respetar cuando un yudoca tiene algo que decir al resto del grupo, propiciando el debate.

**Afecto.** Saber reconocer los sentimientos propios y los de los demás, afrontar las demandas de los demás y ayudarles cuando sea necesario. En Judo Mental, al no existir la competición, se ofrece un clima de compañerismo y cooperación entre todos los miembros de la sesión física.

**Interacciones y participación.** La implicación del yudoca a las actividades físicas tiene que ir en aumento a medida que se va desarrollando el programa. La falta de participación e interacciones frecuentemente limita el logro de roles sociales valorados (Luckasson y Cols., 2002).

**Apoyos.** Los apoyos cumplen funciones que actúan de reductores de la discrepancia entre una persona y sus requisitos ambientales. Así, la intensidad de los apoyos deberá ir decreciendo; esto significará que mejora el funcionamiento individual del yudoca, incrementándose su independencia, las relaciones con los demás, las contribuciones al desarrollo del programa y el bienestar personal.

### 2.2.3.3.- Desarrollo personal.

**Actividades significativas.** Cuando se enseñan las técnicas de Judo, el *Sensei* tiene que dotarlas de significado; porque tenemos de desequilibrar a *Uke* preparándole para su proyección; cómo generalizar lo aprendido en el tatami para aprovecharlo en nuestra vida diaria.

**Habilidades.** La adquisición de habilidades adaptativas, a través de las sesiones de Judo Mental, hace que sus conductas sociales mejoren significativamente. Así, nuestro programa recoge actividades que desarrollan habilidades sociales, de salud física y mental.

**Competencia personal.** El programa de Judo Mental mejora la competencia personal del yudoca, al adquirir técnicas de defensa personal, al desarrollar hábitos saludables tales como vestirse con ropa limpia, ducharse a diario y abandonar la ingesta de medicamentos no necesarios.

**Progreso.** El sentimiento de progreso en el yudoca se va acentuando al paso de las sesiones, ya que se necesita para seguir con el plan inicial establecido. En este sentido la adquisición del cinturón de Judo, a través de la evaluación correspondiente, cumple a la perfección con la sensación de progreso.

#### **2.2.3.4.- Bienestar físico.**

**Salud.** La salud física y mental son aspectos vitales para el diseño y desarrollo de nuestro programa, ya que compartimos la propuesta de la AAID cuando afirma que las condiciones de salud física y mental influyen en el funcionamiento humano en dimensiones de habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales y contexto. Pero es importante entender que si no se realizan las adaptaciones adecuadas, la actividad física puede conllevar a graves lesiones en el sistema óseo, muscular, vasculonervioso o aparato cardiovascular, entre otros. Por ello, el estudio de este indicador es fundamental para el buen desarrollo del programa. Teniendo en cuenta las características tan especiales que tienen nuestros yudocas y las recomendaciones de los profesionales que tenemos a nuestra disposición: medicina general, psiquiatría y pedagogía, entre otros. Ponemos especial interés en esta adaptación eliminando todas las técnicas que conlleven riesgo de lesión o

riesgo de frustración en el yudoca, por no poder alcanzar la técnica con satisfacción.

#### **2.2.3.5.- Autodeterminación.**

**Autonomía.** La adquisición de habilidades de realización de elecciones personales hace que el yudoca evidencie una mayor autonomía en planificación.

**Decisiones.** En Judo Mental, a veces, proponemos que el yudoca inicie alguna actividad procurando que resuelva los pequeños problemas que se plantean en la misma. En las actividades de defensa personal que propone el **Sensei**, el yudoca debe tomar la decisión de qué técnica debe utilizar ante un ataque determinado; de ello dependerá el resultado final.

**Autodirección.** Mediante las actividades de Judo Mental se desarrollan habilidades de autogestión, demostrando una adecuada asertividad y habilidades para defender los deseos del yudoca.

**Valores personales y metas.** Los valores éticos y morales de los yudocas tienen una especial relevancia en todo el desarrollo del programa, potenciando los que ya tienen adquiridos y fomentando los demás. En Judo Mental, al no potenciar la competitividad entre yudocas, nuestras metas son la adquisición de técnicas de Judo y exhibirlas en demostraciones en actos sociales.

**Control personal.** Enseñamos a emplear estrategias de autocontrol en momentos de crisis.

**Elecciones.** La elección del compañero para la realización de *Uchi-komis* y *Randori*, hace que el yudoca tenga que elegir la técnica y el compañero adecuado en cada momento.

#### **2.2.3.6.- Inclusión social.**

**Aceptación.** Conocer y sentirse seguro en el entorno próximo y respetarlo. Así, en el tatami, el yudoca aprende a conocer lo que en el tatami se desarrolla y de este modo se siente seguro en él.

Entendemos que la estructuración de las dimensiones e indicadores se debe proponer de acuerdo a un triple sistema: microsistema (familia, hogar, grupo de iguales, trabajo); mesosistema (vecindario, comunidad, organización) y macrosistema (cultura, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos) para recoger la totalidad del sistema social. Pero consideramos que para nuestro propósito es prescindible esta estructuración, aunque alentamos a futuros investigadores a que persigan las dimensiones a las que nosotros no podemos llegar en esta tesis.

#### **2.3.- Metodología del programa de intervención.**

La modificación de ciertos comportamientos o patrones de pensamiento, ayuda a la eliminación de respuestas y actitudes no

adaptativas, para así poder introducir nuevos hábitos de acción o de pensamiento.

Se trabaja con metodología activa, técnicas de implicación, grupales, contenidos de conocimiento y actitudinales sobre autoestima, imagen corporal, higiene y habilidades sociales, a través del Judo Mental.

Las sesiones comenzaron a impartirse los miércoles y los viernes de 18 horas a 19,30 horas; pero, en el momento de cerrar este trabajo de investigación, las clases se han incrementado en los martes y jueves, al tener que aumentar las sesiones para dar cabida a todos los alumnos que se van incorporando al programa.

### **2.3.1.- Principios básicos de la enseñanza programada.**

La adaptación al educando ha sido la gran preocupación de los grandes pedagogos de todos los tiempos, pero no fue hasta principios del siglo XX cuando las diferencias individuales de los alumnos y la consideración como centro del proceso educativo y didáctico se constituye en tema de debate forzoso en los foros especializados (Freire, 1992). Nosotros, tomando la singularidad de cada yudoca, la comprensión de las diferencias individuales que más van a influir en su rendimiento en el tatami y el conocimiento de procedimientos y técnicas, niveles y momentos de la individualización, podremos hacer que las sesiones de Judo Mental tengan



un cierto grado de adaptación individual, sin adoptar complicados sistemas de enseñanza.

Esto, no quiere decir que debemos aplicar una educación individualista, a la hora de enseñar Judo Mental, sino que la individualización parte de la consideración del yudoca como ser único y se realiza en una educación integral, individual y a la vez social, adaptada a las características de cada yudoca. En este contexto y dando riqueza al proceso enseñanza-aprendizaje, se añade la instrucción mutua (los yudocas con más capacidades enseñan a los yudocas que presentan menos capacidades).

Skinner (1954) presenta una nueva técnica derivada de las investigaciones psicológicas sobre el aprendizaje, que denomina enseñanza programada. Establece una diferencia entre el “comportamiento respondiente” y el “comportamiento operante”; mientras que el *respondiente* es un comportamiento a nivel de reflejos, el operante no necesita ningún estímulo conocido para dar la respuesta. Según Skinner, la conducta humana está constituida fundamentalmente por este tipo de respuestas. En su libro ya señalaba que dividiendo las etapas de aprendizaje de una tarea en pequeños pasos y que estos recibiesen reforzamiento contingente, podría incrementar la frecuencia de respuestas correctas, y por tanto facilitar el proceso de aprendizaje con los mínimos errores posibles.

De este modo, es importante situar al yudoca en las condiciones favorables para que dé respuestas correctas, descomponer las técnicas en pequeños movimientos y recompensarle inmediatamente cuando dé una de estas respuestas; con ello se fijará con mayor consistencia (refuerzo operante). Así, en nuestras sesiones educativas tenemos en cuenta los principios básicos de la enseñanza programada: (Tabla 14)

**Tabla 14. Principios básicos de la enseñanza programada**

Principios	Observaciones
Participación activa	Una persona está en situación de aprender cuando se siente parte protagonista de la actividad que estamos desarrollando.
Etapas breves	Dividir la explicación de una técnica en distintos movimientos en función del grado de discapacidad intelectual y física del alumno, y esperar a que haya sido asimilado el primero, antes de pasar al siguiente.
Progresión graduada	Proponer objetivos específicos que sean fácilmente alcanzables. Es necesario seleccionar cuidadosamente los pasos y comprobar que se está produciendo un progreso en el aprendizaje.
Comprobación inmediata	El alumno tiene que conocer con inmediatez el resultado de la respuesta; de esta forma, se refuerza el aprendizaje.
Personalidad del sujeto	La enseñanza tiene que adaptarse a la personalidad, posibilidades intelectuales y físicas del alumno; una enseñanza a la medida de la persona que la recibe
Respuestas correctas	El fracaso desanima al alumno e influye en el aprendizaje; es preciso favorecer el éxito, provocando la respuesta correcta a la mayoría de las cuestiones

Fuente: elaboración propia

### 2.3.1.1.- Principio de la participación activa.

Según Skinner (1958), el progreso en el aprendizaje exige que el alumno esté interesado y responda a los estímulos que se le presentan. La enseñanza basada en este principio forma en los alumnos habilidades

metacognitivas y estrategias que son la meta de diversos programas de educación cognitiva. Es necesario que todos los componentes del programa: profesor y alumnos, estén activos. Una persona está en situación de aprender cuando se siente parte protagonista de la actividad que estamos desarrollando; trataremos de aprovechar la capacidad de razonar del alumno, pidiendo su colaboración en vez de considerarle mero receptor.

En nuestro programa hemos tenemos en cuenta la diferencia de edad y la intensidad de apoyo que necesita. Así, la colaboración que se solicita se realiza bajo epígrafes de éxito; el nivel de colaboración no es el mismo en un yudoca con una intensidad de apoyo intermitente, que uno con una intensidad de apoyo limitada, de modo que si cuando se solicita colaboración el alumno se siente capaz de proporcionarla, su nivel de satisfacción es muy alto.

### **2.3.1.2.- Principio de las etapas breves**

Luria (1974) argumenta que en todo tipo de actividad mental intervienen tres bloques funcionales del cerebro; el primero controla las respuestas de excitación y de atención, el segundo controla las funciones de codificación de la información, y el tercero controla las funciones de elaboración de planes y toma de decisiones. Por ello, es aconsejable que toda actividad de Judo Mental comience por enseñar datos concretos y apelar a la observación antes de pasar al razonamiento y a la búsqueda de

su aplicación; pondremos especial cuidado en la realización del movimiento, dividiendo la explicación de una técnica en distintos movimientos en función del grado de discapacidad intelectual y física del alumno, y esperar a que haya sido asimilado el primero, antes de pasar al siguiente. Una vez que han sido asimilados todos los movimientos que componen una técnica se ejecuta completa, ayudando así a su comprensión.

### **2.3.1.3.- Principio de progresión graduada**

Estos pequeños movimientos deben encadenarse de forma lógica para conducir al yudoca a un comportamiento progresivamente más complejo. Los contenidos deben ser asimilados con profundidad, por lo cual, es necesario seleccionar cuidadosamente los pasos y comprobar que se está produciendo un progreso en el aprendizaje.

Con personas de estas características debemos considerar que se colocan, en un principio, en situación de aprender para fines lúdicos. Luego, las sesiones de Judo Mental deben de estar compuestas por actividades distendidas, donde los conocimientos: técnica, práctica y habilidad (saber) y los comportamientos: actitudes y relaciones humanas (saber ser) estén presentes de una forma natural y sin objetivos inalcanzables.

Los objetivos específicos que se han propuesto a lo largo de la interacción del programa han sido, todos, alcanzables; de esta forma, cada yudoca tiene unos objetivos diferentes y que son capaces de alcanzar al

mismo ritmo que los de sus compañeros. Por supuesto, los objetivos generales están propuestos de manera grupal, sin realizar distinción entre los componentes del programa, siendo conscientes que en este apartado introducimos los objetivos que realmente pueden alcanzar todos los yudocas.

#### **2.3.1.4.- Principio de la comprobación inmediata**

El yudoca tiene que conocer con inmediatez el resultado de la respuesta; de esta forma, se refuerza el aprendizaje. Por lo cual, las sesiones de *Uchi-Komis* son imprescindibles para que el yudoca conozca enseguida los fallos en sus técnicas y los corrija de inmediato. Además la repetición de refuerzo, exige etapas cortas y numerosas.

#### **2.3.1.5.- Principio de la personalidad del sujeto.**

La enseñanza tiene que adaptarse a la personalidad, posibilidades intelectuales y físicas del alumno; una enseñanza a la medida de la persona que la recibe (García Hoz, 1988). Por esto, es recomendable, primero que el grupo sea lo más homogéneo posible, y que las sesiones de Judo Mental estén adaptadas a sus componentes de manera que favorezca el trabajo en grupo y promueva el espíritu de ayuda mutua y solidaridad entre los participantes. También debemos tener en cuenta la creación de situaciones y ocasiones de éxito, para que este éxito motive al alumno para continuar con interés las siguientes sesiones.

### **2.3.1.6.- Principio de las respuestas correctas.**

El fracaso desanima al yudoca e influye en el aprendizaje; es preciso favorecer el éxito, provocando la respuesta correcta a la mayoría de las cuestiones. La enseñanza debe ser variada; no debemos insistir mucho tiempo en el mismo ejercicio, para evitar el cansancio y aburrimiento de los participantes (Bernardo Carrasco, *et al.*, 2007). En este sentido, en nuestro programa de intervención, comenzamos las sesiones con ejercicios de calentamiento, después seguimos con actividades de juegos, actividades teóricas sobre técnicas de Judo, actividades prácticas sobre técnicas de Judo, y terminamos con actividades de relajación. Consiguiendo, que cada sesión tenga gran variedad de actividades, aunque todas estén relacionadas con el Judo Mental. De esta forma, se provocan respuestas correctas en cuestiones muy diversas, evitando el desánimo en los yudocas.

A la luz de todos estos principios, podemos encontrar una serie de rasgos característicos que nos ayudarán a la definición de enseñanza programada: a) presentación de pequeñas unidades informativas que exijan una respuesta activa, b) acomodación al ritmo de aprendizaje de cada yudoca, c) verificación inmediata del valor de las respuestas y d) preparación minuciosa del programa de intervención (García Hoz, 1988).

### **2.3.2.- Integración de los fundamentos teórico-didácticos de la educación física al programa de intervención “Judo Mental”**

A la hora de integrar las actividades físicas en el programa de intervención, hemos tenido en cuenta los fundamentos teóricos didácticos de la educación física que recogen Villada y Vizueté (2002), entre los que destacamos:

#### **2.3.2.1.- La percepción:**

El origen de la concepción del mundo está en las primeras experiencias de aprendizaje que se dan con personas con más capacidades que nosotros, y que nos ayudan a encontrar el sentido y significado de los objetos y eventos de la realidad. Este significado no está en las cosas del mundo que nos rodea, viene dado por las percepciones que de ellas tenemos y son, a su vez, resultado de procesos de aprendizaje en los que otros han mediado entre nosotros y esa realidad, o bien, en que nos hemos confrontado con ellos sin la ayuda, al menos intencionada, de otros (Vygotski, 1997a).

El análisis de la literatura sobre los procesos de pensamiento de los alumnos, considera estos procesos como una cuestión importante en la investigación de las actividades físico-deportivas (Torres, 1998), en tanto el mecanismo atencional se encuentra ligado, en mayor o menor medida, al resto de los procesos básicos. Nuestra percepción, memoria, motivación,

emoción, aprendizaje, pensamiento, etc., se hallan vinculados a dicho mecanismo.

Las personas con discapacidad intelectual se desarrollan en la misma forma que las personas normales, pero a un paso más lento. Esto está causado porque tienen dificultades en ciertas áreas de pensamiento y aprendizaje como, por ejemplo, el prestar atención, la percepción, o la memoria. De acuerdo con la intensidad de apoyos que necesita la persona, se desarrollan en formas diferentes en cuanto a las habilidades académicas, sociales, y vocacionales.

Es esencial entender que nuestro cuerpo es el punto de referencia de la percepción. Así, la enseñanza de nuestro cuerpo en Judo Mental es fundamental, porque de ello dependerá la estabilidad y equilibrio que el alumno adquiera durante el proceso de interacción con el programa. En las sesiones se enseña las partes del cuerpo, como se comportan cuando realizamos una técnica y como tenemos que disponer nuestro cuerpo para que esa técnica sea efectiva, tratando de mejorar las posibles dificultades que el alumno traiga consigo al inicio del programa. De este modo, aprende a descubrir y tomar conciencia de sí mismo.

Una vez el yudoca consigue la percepción de sí mismo, trabajamos, a través del *Randori*, con la percepción y el entorno: qué distancia tiene con respecto a su compañero y cómo se debe aproximar a él para llegar a



proyectarle, como se debe alejar de un compañero que quiere realizar una técnica con proyección y cuál es el momento preciso para iniciar una técnica.

### **2.3.2.2.- La motricidad:**

Lagardera Otero (2007), argumenta que no se educa ni el cuerpo, ni el movimiento, ni la motricidad, al menos desde una perspectiva global e interactiva, sino que es la persona el objeto central de la educación, muy especialmente de la educación física. Podemos permanecer completamente inmóviles o movernos frenéticamente, dependerá del contexto y de nuestra decisión, pero en cualquier caso se trata de una acción, motriz, si está orientada hacia la propia motricidad. Esta acción motriz siempre implica a la motricidad, a un cuerpo y a muchos movimientos, siendo la persona entera, con sus afectos, miedos e ilusiones, la que la lleva a cabo.

Según Villagrà, (2003), el desarrollo de los niños se realiza a través del movimiento y la acción. Esto hace que el juego y el libre desarrollo de la motricidad se deban alternar con el diálogo y la observación. Así, el juego es un instrumento de aprendizaje que se debe aprovechar como recurso en la formación integral de la persona, con el objetivo de enriquecer cualitativa y cuantitativamente la motricidad (Ríos, 2003).

De este modo, es necesario que los yudocas aprendan a organizar los esquemas motores más usuales, mediante un buen control sobre su cuerpo,

cuando realicen las técnicas de Judo o los juegos propuestos y, siempre a través de la movilización coordinada de los segmentos corporales.

### **2.3.2.3.- Las relaciones con los demás**

Ryan (1991) propone que la relación con los demás, hace referencia al esfuerzo por relacionarse y preocuparse por otros, así como por sentir que los demás tienen una relación auténtica contigo. El deseo de sentirse autónomo, competente y de relacionarse con los demás conducirá a la participación en actividades en las que esto se consiga, siendo el deporte un medio excelente para ello (Kilpatrick, Hebert y Jacobsen, 2002)

En este sentido, las recientes investigaciones indican que la necesidad de estar con amigos o hacer nuevos amigos es uno de los principales motivos de participación deportiva (Ntoumanis, 2001).

La inseguridad personal es la fuente más común de las perturbaciones afectivas que inciden en las malas relaciones con los demás, aspecto de gran importancia para la integración del individuo y para su desarrollo personal. Por lo cual, en Judo Mental incidimos de manera significativa en preparar al yudoca para que su preparación física y mental vayan encaminadas a su seguridad, mediante técnicas de defensa personal. Esto, para nosotros es sumamente importante, ya que el yudoca cuando conoce la forma de defenderse ante un hipotético ataque, adquiere sentimientos de confianza y seguridad. De esta forma su nivel de autoestima aumenta, y con

ello las relaciones con los demás y su bienestar personal se ve mejorado sustancialmente.

#### **2.3.2.4.- La actitud postural**

Getti (2001), argumenta que la buena postura, es aquella capaz de mantener la alineación de los segmentos corporales con el mínimo gasto de energía posible, logrando el máximo de eficacia mecánica del sistema neuroesquelético. Los problemas posturales, se inician en la mayoría de los casos en la infancia y por la adopción de posturas incorrectas no corregidas a tiempo. Esto ocasiona no solo el defecto estético en la figura del niño, sino también desarreglos en la actividad de órganos internos y funciones (respiración, deglución, circulación, locomoción).

Existen posturas atípicas que debemos tener en cuenta, cuyos orígenes son de orden psicológico y que afectan a la personalidad y al estado emocional del yudoca (cansancio, angustia, depresión, sentimientos de inferioridad). Estas posturas pueden generar problemas tales como una encorvadura de la parte superior de la espalda. Esto la mayoría de las veces se soluciona con la adquisición de los sentimientos de confianza y seguridad, contribuyendo a mantener una postura erecta.

También es importante en la terapia, introducir ejercicios globales de lanzar, desplazarse y cargar a través de la realización de *Uchi-komis*, incrementando la movilidad del cuerpo del yudoca y consiguiendo con ello,

una mayor flexibilidad y la adquisición de posturas más cómodas y equilibradas.

### **2.3.2.5.- La respiración**

La respiración es un proceso de intercambio donde se produce un constante flujo de sustancias que nutren la sangre (Pérez y Moreno García, 2007). La respiración, en la mayoría de las ocasiones se realiza de forma rápida, superficial y entrecortada, ventilando insuficientemente los pulmones y rompiendo la relación entre la frecuencia cardíaca y la respiratoria, propiciando la deshidratación al tener demasiado tiempo la boca abierta.

En este sentido, Escolá Balaguero (1989) propone que el alumno se puede reeducar en el proceso respiratorio, transformando su respiración brusca en otra menos rápida, ligeramente más amplia; eliminando la respiración entrecortada y sustituyéndola por otra mucho más suave, regular y económica.

Para que el proceso de respiración se realice adecuadamente, el aire se debe tomar por la nariz y no por la boca; al entrar en las fosas nasales el aire frío que respiramos es llevado a la misma temperatura que hay en el interior del cuerpo. Esto es así, porque los vasos sanguíneos que hay en el ápndice nasal lo calientan para que no llegue demasiado frío a nuestros pulmones (Pérez y Moreno García, 2007).

En Judo Mental, en contra de la tendencia general en la práctica en entornos normalizados, damos un papel muy importante al tema de la respiración, proponiendo, en el programa de intervención, apartados especiales para su aprendizaje, ya que consideramos que la respiración está muy relacionada con los procesos de atención y motivación del yudoca; dos factores esenciales en el proceso enseñanza-aprendizaje del Judo Mental.

Las actividades de respiración se realizan en el tatami, los yudocas están sentados con las piernas cruzadas; postura muy común en Judo (En nuestro programa se encuentran inmersos dos yudocas que por su discapacidad física asociada no pueden adoptar esta forma; en este caso, la postura a adoptar para la realización de los ejercicios, es la de tumbado boca arriba o decúbito supino). Los músculos y articulaciones que no estén acostumbrados a esta posición se irán ajustando a ella con el tiempo. Estas actividades se cometen al final de la sesión, en un lugar tranquilo, sin ruidos, eliminando todos aquellos elementos que distraigan la atención sobre la respiración y van acompañadas de actividades de relajación.

La respiración consta de cuatro fases: inspiración o entrada de aire a los pulmones, retención del aire con los pulmones llenos, espiración o expulsión del aire y retención con los pulmones vacíos. Contener la respiración en estas fases, es muy importante y beneficioso para el cuerpo, ya que los ejercicios respiratorios regulan las corrientes positivas y negativas

que circulan en nuestro interior. Así, se considera que la inspiración es un proceso negativo (recibimos el aire) y que la espiración es un proceso positivo (se expulsa la fuerza tomada). Por ello, al contener la respiración nos obligamos a establecernos como centro y a unir las corrientes positivas y negativas (Hurtado, 2006).

Así, propone la fusión de cuatro métodos de respiración muy apropiada y que nosotros hemos tomado como propio en nuestras actividades por sus innumerables ventajas: reducción del ritmo cardiaco, ventilación adecuada de los pulmones, relajación del sistema nervioso, estimulación de la concentración y la claridad del pensamiento, ayuda al proceso digestivo (no es conveniente realizar las actividades de respiración inmediatamente después de las comidas), aumenta la cantidad de oxígeno en la sangre, entre otras.

***Bahya Kumbhaka*** (*suspensión de la respiración*). *Inspiración*. Se toma lentamente aire por la nariz, centrando la atención en los pulmones. *Espiración*. Vaciar suavemente el aire de los pulmones, expulsándolo por la nariz. *Retenciones*. Se contiene la respiración entre diez y veinte segundos. Repetir el ejercicio cinco veces. Los beneficios que aporta este método son: proporciona energía, aumenta el apetito, favorece la circulación y la purificación de la sangre, refuerza el estómago y activa el colon.

**Puraka** (*inspiración completa*). *Inspiración*. Se toma lentamente aire por la nariz, relajando los músculos del abdomen para llenar primero la parte inferior de los pulmones, luego la parte media y, finalmente, la parte superior. *Espiración*. A excepción de la inicial, las demás se hacen de forma lenta y suave, por la nariz. *Retenciones*. Se contiene la respiración durante cinco las primeras sesiones, para ir aumentando progresivamente hasta llegar a veinte segundos a las treinta sesiones. Repetir el ejercicio cinco veces. Los beneficios que aporta este método son: mayor oxigenación, tranquiliza el sistema nervioso, elimina el cansancio y aumenta la circulación abdominal.

**Antara** (*retención de la respiración*). *Inspiración*. Se toma aire por la nariz, durante tres segundos. *Espiración*. Vaciar el aire de los pulmones en tres segundos, expulsándolo por la nariz. *Retenciones*. Se contiene la respiración durante seis segundos (el doble de la inspiración y la espiración). Repetir el ejercicio cinco veces. Los beneficios que aporta este método son: baja el ritmo cardíaco y tranquiliza el sistema nervioso, al aumentar la formación de dióxido de carbono.

**Rechaka** (*espiración completa*). *Preparación*. Cerrar los ojos y respirar de forma lenta y natural durante dos minutos. *Inspiración*. Se toma lentamente aire por la nariz, bajando la cabeza de modo que el mentón presione el pecho y relajando los músculos del tronco y abdomen. *Retención*. Mantener la respiración mientras la mente se mantiene en calma.

Pasar a la siguiente fase, sólo cuando necesitemos volver a inspirar. Espiración. Levantar la cabeza y el tronco y expulsar el aire lo más lentamente posible. *Retención*. Esta segunda retención será más breve y sin bajar la cabeza ni relajar el control.

### **2.3.2.6.- La relajación**

La habilidad de estar físicamente relajado ha sido señalada como una de las características más importantes para el rendimiento óptimo en el deporte. (Cohn, 1991; Garfield & Bennett, 1984; Jackson, 1995; Orlick & Partington, 1988)

La tensión física que se produce durante el *Randori* es habitual, ya que se origina como reacción ante una amenaza real o imaginaria. Durante este tipo de entrenamiento, la tensión física es constante; *Tori* y *Uke* deben de estar pendientes a los continuos movimientos del otro y reaccionar defendiéndose y contraatacando según sea el caso. Por ello, las actividades de relajación se realizan una vez finalizado el entrenamiento de *Randori* y acompañadas de las actividades de respiración.

Existen muchas técnicas de relajación, que utilizan diferentes métodos para aquietar la mente y abandonar la tensión muscular. En Judo Mental realizamos una actividad compuesta por diferentes contenidos de la técnica de relajación progresiva de Jacobson (1930) y el entrenamiento autógeno de Schultz (1969). El método de Jacobson parte del cuerpo, ya que propone la



tensión y relajación secuencial de todos los músculos del cuerpo. El método de Schultz parte de la mente; trabaja sobre el peso, el calor, la respiración, los sentimientos propios, la respuesta del inconsciente, la formulación de propósitos.

Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios, control que nunca debemos ceder al inconsciente. Jacobson pone el acento en la sensación, no debemos solo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen. No basta sentir, es necesario discriminar con claridad los diversos estados posibles de tensión y relajación, aún más: pedirse aflojar más y más cuando creo que ha llegado al máximo, un poco más y ser capaz de distinguir que algo ocurre. Es preciso pues en primer lugar ser capaz de reconocer la tensión muscular, cosa nada fácil en lugares que apenas siento, y en segundo lugar ser capaz de aflojar hasta ir eliminando toda tensión residual, inútil (González, 1992).

El entrenamiento autógeno de Schultz, en muchas ocasiones se considera como una técnica de auto-hipnosis, pero en realidad no es así, ya que una exigencia del método es mantenerse todo el tiempo completamente consciente, con la atención despierta y con toda la capacidad de observación disponible, si bien es cierto que aparecen sensaciones intensamente agradables, de pérdida de peso, como de flotar, o al contrario como de hundirse en la arena con una sensación muy grata, todo ello

también ocurre en técnicas muy anteriores con base en el raja-yoga sin que haya pretensión alguna de auto-hipnosis (González de Rivera, 1982).

En nuestro caso, proponemos una conjunción de los dos métodos, ya que consideramos muy aconsejable, para dar alcance a los objetivos propuestos en el programa de “Judo Mental”:

Nuestras actividades de relajación se realizan en un espacio de tiempo, de diez minutos aproximadamente, con lo que, nos es completamente imposible desarrollar cada uno de los métodos en su totalidad. Así, buscamos fusionar ambos y proponer actividades compuestas que se ajusten a los objetivos propuestos para la sesión de ese día.

#### **2.3.2.7.- El equilibrio**

Villada y Vizquete, (2002), definen el equilibrio como: la capacidad que tiene un individuo para controlar su cuerpo en el espacio y la capacidad de recuperar la postura correcta después de haber intervenido un factor que lo haya desequilibrado.

Según esta definición, en cualquier tipo de actividad física se produce un desequilibrio y posterior equilibrio. Para mantener el equilibrio es necesaria la existencia de un centro de gravedad y una base de sustentación.

En Judo Mental enseñamos a los yudocas donde tienen su centro de gravedad y cómo deben colocar en cada momento su cuerpo para que exista el equilibrio: equilibrio estático, dinámico y post-movimiento. En cada técnica de Judo debemos de tener en cuenta el equilibrio antes de realizarla, cuando se esta realizando y cuando tenemos que recuperar la posición inicial. También tenemos en consideración que la situación de equilibrio la conseguimos gracias a la información que nuestro cerebelo recibe de tres caminos diferentes: *las articulaciones*, procesando sensaciones cenestésicas que son las encargadas de informarnos en todo momento acerca de la posición de cada una de las partes del cuerpo, *las sensaciones visuales*, encargadas de informarnos de las circunstancias que se originan en el exterior y *las sensaciones del laberinto*, situadas en el oído interno, encargado de proporcionarnos información sobre la posición de la cabeza en cada momento (Álvarez del Villar, 1983; García, Navarro y Ruiz, 1996).

De este modo, el equilibrio se alcanza por la interacción de los tres factores, aunque si algún yudoca presenta déficit en alguno de ellos, se puede conseguir el equilibrio de igual manera, teniendo en cuenta que con uno sólo de ellos, sí sería imposible conseguir el equilibrio.

Dentro de los factores que inciden en el equilibrio, nosotros nos vamos a centrar en los factores psicológicos, ya que son muchos y pueden afectar

significativamente en los estados emocionales (inseguridad, falta de confianza en sí mismo y ansiedad).

En Judo Mental tratamos de evitar estas alteraciones proponiendo actividades donde las técnicas se aprendan con tranquilidad, con seguridad y confianza; esto hace que el yudoca supere sus miedos, sus desconfianzas. Una vez que hemos repetido las técnicas, bajo epígrafes de defensa personal, las veces que sean necesarias, el yudoca se rige en el único protagonista de la acción.

#### **2.3.2.8.- Habilidades y destrezas.**

El empleo pedagógico de las habilidades básicas se basa en mejorar la ejecución de diferentes familias de movimientos del individuo. Esto dota a los yudocas de un amplio bagaje motor que les permite dar respuesta a las diferentes destrezas que pueden desarrollar durante las sesiones de Judo Mental.

El desarrollo de las habilidades y destrezas básicas está íntimamente unido al proceso de desarrollo de la coordinación dinámica general, de la coordinación especial y del equilibrio. Este desarrollo se basa en los movimientos naturales de la persona que, a medida que trabaja en el programa, van haciéndose más precisos y complejos (Villada y Vizúete, 2002).

En nuestras sesiones de Judo Mental, tenemos en cuenta los desplazamientos, giros y equilibrios del cuerpo a la hora de realizar las técnicas con seguridad y eficacia. El yudoca antes de ejecutar la técnica tiene que tener conciencia del desplazamiento que le conviene realizar para hacer el *kuzushi*, debe tomar una decisión sobre la trayectoria que pretende seguir en el desplazamiento, la velocidad de ejecución de la técnica, la duración de esa ejecución y el movimiento de parada, controlando todo el cuerpo para evitar el desequilibrio durante el *kake*.

Todo esto nos permite trabajar con niveles graduales de dificultad, tomar conciencia de la similitud y de las diferencias entre las diferentes técnicas y establecer relaciones entre ellas, conocer y decidir en qué aspectos se deben poner más énfasis y obtener información sobre las características de las habilidades que esas técnicas exigen para su realización.

### **2.3.3.- Instrumentos complementarios**

Los instrumentos complementarios buscan apoyar la calidad del programa a través de la introducción de instrumentos educativos que ofrecen mejoras en el proceso enseñanza-aprendizaje.

### 2.3.3.1- Estrategias educativas

Diferentes estrategias educativas nos ayudan a dar sentido al alcance de las dimensiones en las áreas propuestas en los epígrafes anteriores. Así, en Judo Mental fomentamos el aprendizaje de hábitos para el cuidado y aseo personal: solicitando un aseo completo del cuerpo antes y después de la sesión deportiva; vistiendo adecuadamente con el traje tradicional de Judo o *kimono*; colocando las zapatillas en la parte externa del tatami, en la posición que el *Sensei* ha expuesto anteriormente; fregando el tatami con agua y jabón antes de cada sesión, evitando la proliferación y contagio de hongos y realizando una revisión personal, cada tres días, del estado de las uñas de pies y manos, comprendiendo que si están sin cortar podemos lesionar al compañero.

Promovemos el establecimiento y mantenimiento de las relaciones personales: interactuando correctamente con los demás compañeros; haciendo amistades con los demás componentes del programa, dentro y fuera del *Dojo* y solicitando ayuda para establecer esas relaciones personales, cuando no se ofrecen normalmente.

Suscitamos las bases para que el alumno sepa convivir convenientemente en una comunidad: respondiendo adecuadamente a la conducta inapropiada suya o de los demás compañeros, en un momento dado durante las sesiones educativas y respetando las normas que el

maestro de Judo o *Sensei* ha establecido previamente y, siempre, bajo consenso de todos los participantes del programa.

En Judo Mental toman especial relevancia las actividades recreativas (juegos), adquiriendo capacidades para que el alumno, en determinadas ocasiones, proponga este tipo de actividades que conozca y quiera poner en común.

En Judo Mental se aprovecha de las actividades recreativas para que el alumno aprenda a respetar costumbres comunitarias: realizando las actividades recreativas que el *Sensei* proponga; manteniendo equipo para las actividades recreativas; cumpliendo las normas de seguridad para las actividades recreativas y conociendo los procedimientos para afrontar y solucionar accidentes y emergencias. Los juegos son muy apropiados para adquirir habilidades para relacionarse con otras personas: interactuando correctamente con otras personas en entornos recreativos y respondiendo a la conducta inapropiada de los demás.

El alto valor educativo que posee el juego, no se puede discutir; propicia el desarrollo de todas las facetas y ámbitos de la persona, de la conducta, favoreciendo el desarrollo integral de la persona (Arráez, 1996).

La enseñanza del Judo se puede realizar desde cualquier situación; con ser cinturón negro de Judo es suficiente. En muchas ocasiones, un monitor con su cinturón negro de Judo reciente obtenido, imparte clases de

este arte a otras personas, careciendo de conocimientos pedagógicos. Si el objeto es enseñar las técnicas de Judo tal y como nos las enseñaron, esto es suficiente; pero si lo que pretendemos es educar a través del Judo, necesitamos una formación más especializada. La diferencia entre enseñar y educar parece clara (Guedea, 2005).

Cualquier profesional que se precie, intenta mejorar su competencia en el oficio que desarrolla; ese, es su objetivo fundamental. Esto se consigue, generalmente, a través del conocimiento de las variables que intervienen en la práctica y la experiencia para dominarlas.

En nuestro caso, la mejora de nuestra actividad pasa por el análisis de lo que realizamos y observamos en el tatami, ya que no disponemos de un referente claro con el que podamos contrastar, aunque existen ciertos conocimientos contrastables empíricamente que nos permiten actuar con relativa seguridad (Amador, 1995; Annicchiarico, 2002; Belgrano, 2006; Espartero y Gutiérrez, 2002; Molina y Villamón, 2001; Sánchez Bañuelos, 1996; Vizueta, 1997; entre otros).

Este análisis nos conduce a la validación o modificación de una estrategia educativa utilizada en un momento determinado. En el tatami suceden muchas cosas a la vez y de forma imprevista que dificulta el intento de encontrar pautas o modelos para racionalizar la práctica educativa.



En este sentido, para conseguir que el alumno que practica Judo Mental, adquiera una mejora sustancial en habilidades adaptativas, debemos hacer uso de diferentes estrategias educativas.

Aunque existen cientos de estrategias educativas, la mayoría comparten cinco características que, a nuestro parecer, son las más adecuadas para dar alcance a nuestros propósitos:

**a) Definición exacta y análisis de las técnicas a aprender.**

Descomponemos las técnicas de Judo Mental que queremos enseñar, en múltiples pasos o subtarefas más pequeñas y menos complejas. Skinner (1954), propone que el porcentaje de errores debe de ser lo más bajo posible para que no se detenga el proceso de aprendizaje en el alumno. De este modo si las cuestiones de un programa se proponen en pequeños eslabones y cuidadosamente dosificados se alcanzan con mayor facilidad, propiciando que la motivación del alumno no disminuya.

**b) Evaluación directa de la ejecución de los alumnos en la capacidad en cuestión.** Aplicamos evaluaciones directas y frecuentes de las técnicas ejecutadas por el alumno durante la sesión. De esta forma corregimos los posibles defectos en el mismo momento de producirse, no dejando lugar a prácticas erróneas que puedan producir malas mañas. El proceso del aprendizaje es más seguro y se produce antes cuando el

alumno es confirmado y corregido inmediatamente en su acierto o en su error (Rubbens y Moreno, 1971).

**c) Proporcionar oportunidades para la respuesta activa del alumno durante el aprendizaje.** Una respuesta activa no sólo revela hasta qué punto ha sido correcta la instrucción, sino también cuando se ha producido el aprendizaje. Una respuesta activa aparece cuando el alumno emite una respuesta adecuada a los conocimientos que está recibiendo. Existe una fuerte correlación entre el aumento de la participación del alumno y el logro obtenido por él (Heward, 1994).

Solicitar al alumno su participación activa, es una manera de obligarle a ser activo, de sentirse integrante del programa. En este sentido, demandamos constantemente la participación del alumno, mediante respuestas a preguntas concretas; teniendo en cuenta que, anteriormente, el *Sensei* tiene que presentar al yudoca las técnicas de Judo Mental a través del “modelado”, esto permite que el alumno perciba con mayor precisión la forma correcta de su ejecución.

**d) La transferencia y el control del estímulo.** Para los alumnos con discapacidad intelectual el aprendizaje por ensayo y error puede resultar poco aceptable. En vez de esperar y ver si el alumno acierta con la respuesta correcta, le proporcionamos una pequeña ayuda para que la

respuesta correcta se produzca. La respuesta correcta se refuerza, se repite la ayuda y se refuerza otra respuesta correcta del alumno. Paulatinamente se van suprimiendo las ayudas para las respuestas y la conducta del alumno pasa a ser determinada por el control por estímulos del contenido del programa o por elementos del entorno habitual (Rubbens y Moreno (1971).

**e) Promover la generalización y el mantenimiento de las nuevas técnicas adquiridas** a situaciones y entornos distintos del aprendizaje y ajenos al alumno. Las técnicas de generalización y mantenimiento más tradicionales tienen como objetivo la transferencia activa de las nuevas competencias adquiridas por los alumnos (Mayor y Sainz, 1988). A las personas con discapacidad intelectual suele resultarles difícil recordar lo que han aprendido y utilizar sus nuevos conocimientos en entornos o situaciones distintas de aquellas en que lo aprendieron. Para ello en todas las sesiones hacemos un recordatorio de lo aprendido mediante *Uchi-komis* y *Randori*. También ejercitamos las técnicas de defensa personal que pueden aplicar en cualquier entorno diferente al *Dojo*.

### **2.3.3.2.- La aportación de la música**

Los seres humanos han hecho música a lo largo de toda la historia, bien para las celebraciones de algún acontecimiento importante, bien para señalar ritos. Desde el principio de los tiempos, la humanidad ha tenido la oportunidad de percibir el poder de la vibración, el ritmo y el sonido. En las

culturas china y egipcia se consideraba la música como un elemento fundamental que reflejaba los principios rectores del Universo (Campbell, 2001).

Tomatis, (1991), especialista en problemas de audición, sostiene que la escucha tiene una fascinante relación con una gran cantidad de habilidades como el equilibrio, la postura, la percepción, la memoria, la capacidad lingüística y la expresividad, entre otras. De este modo, gracias al oído el hombre es capaz de pensar y expresarse. Así, las dificultades emocionales deben tratarse a través de la audición.

Investigando con personas con discapacidad intelectual, comprendió que las diferentes frecuencias y ritmos de sonidos tenían efectos, significativamente diferentes, en su estado anímico; los estímulos de alta frecuencia ofrecían los mejores resultados, aumentando el grado de energía y generando tranquilidad.

Bien, una vez comprobado que los sonidos de alta frecuencia pueden producir beneficios importantes en el colectivo al que vamos a poner en situación de interacción con nuestro programa de intervención, nos queda elegir el estilo de música y su intérprete más significativo. Siguiendo, a Tomatis, las experiencias sónicas más eficaces en el tratamiento de niños eran, la voz de la madre y la música de Mozart.

¿Por qué Mozart y no otro autor de música clásica? porque la música debe de ser estudiada en relación directa con el sistema nervioso, porque indiscutiblemente sale de un sistema nervioso hacia otro; donde el primero actúa como emisor y el segundo se comporta con receptor. El sistema nervioso recibe el mensaje musical, a través del oído y se encarga de distribuirlo más o menos armoniosamente en el conjunto del cuerpo. En este sentido el instrumento que mejor dominó Mozart fue el cuerpo humano. Tomatis, médico francés, ha hecho pruebas a más de 100.000 clientes en sus Centros de Escucha (Listening Centers) de todo el mundo para detectar discapacidades de escucha, vocales y auditivas, así como trastornos en el aprendizaje. Desde su casa principal en París ha trabajado con muchísimas personas, entre ellas músicos profesionales, niños con discapacidades intelectuales y de aprendizaje, y personas con lesiones graves en la cabeza. Su visión global del oído establece nuevos modelos para la educación, curación y rehabilitación.

La música de Mozart con respecto a la de otros músicos posee unas propiedades muy particulares que la diferencian: los ritmos, las melodías, la métrica, el tono, el timbre y las frecuencias de su música logran estimular el cerebro humano, especialmente en aquellas zonas relacionadas con el hemisferio derecho (función espacio-temporal), (Campbell, 2001). Bach teje un tapiz de sonidos, impresionante, en su composiciones para órgano; Beethoven levanta oleadas de emociones, ya que en su música,

esencialmente romántica, se evidencia su revolución de las formas y su excelencia posesión de todos los elementos que constituyen la esencia del arte musical; Chaikovski combina a la perfección la más fina delicadeza con la más potente sonoridad, la gracia y el colorismo exteriores con el buceo más profundo en la intimidad del espíritu humano; la armonía que Debussy ha dado a sus composiciones nos transportan a un estado de relajación del cuerpo humano; pero los sonidos de las melodías de Mozart son simples y puros, no contiene astucia, su música es cristalina, sugestiva, llena de poderoso encanto y de honda expresividad, envuelta en las galas de una sencillez aparente y de una refinada y aristocrática discreción (López González, 1991).

Todo individuo con o sin discapacidad intelectual, tiene la necesidad de encontrar una armonía en todos los niveles: corporal y psíquico. Esta armonía corporal y psíquica supone una coordinación homogénea, equilibrada y estética. Y es en este plano donde encontramos el pleno sentido del efecto terapéutico de la música de Mozart.

Estos dos integradores neuronales (vestibular y coclear) son solicitados permanentemente por la música de Mozart, ya que en una orquestación magistral, como lo son todas sus composiciones, intervienen para optimizar la poderosa creatividad del hombre y darle toda la energía que necesita para estar plenamente consciente.

La música de Mozart, ha hecho aportes muy significativos, en lo relacionado con la estimulación de la interioridad humana, más que con el cuerpo físico; es decir, produce estados de distensión neuronal propicios para la creatividad. El efecto Mozart se produce debido a los ritmos, melodías y frecuencias altas de su música, siendo sonidos altamente armónicos que metafóricamente actúan como un relato o un cuento de hadas, estimulando tanto el neo-córtex, como el sistema límbico; permitiendo de esta forma que la persona que escucha la música vibre de una forma cognitiva y emotiva. La música en este sentido desemboca en el campo de “la acción”; porque las emociones no son sentimientos, sino que son “impulsos” o programas instantáneos para enfrentarnos a la vida. Entonces se puede plantear que la música no sólo activa las redes neuronales, sino que incide también en la concentración, la atención y la memoria, fundamentales para el proceso del aprendizaje (Campbell, 2001).

La doctora Rauscher y sus colegas publicaron en 1993, un trabajo de investigación donde proponían que la música de Mozart puede ayudar a conseguir un mayor rendimiento cognitivo, mejores ejecuciones en tareas de perspicacia e incluso, un aumento significativo del Cociente Intelectual. En este trabajo se demostró que tras escuchar diez minutos de la “Sonata para dos pianos en Re Mayor, K488”, un grupo de estudiantes universitarios mejoró su nota media hasta en 9 puntos. Según la doctora Rauscher, la escucha de la música de Mozart estimula ciertas habilidades del cerebro,

sobre todo aquellas relacionadas con la percepción espacial y la ordenación de objetos en el tiempo y en el espacio, te gusten o no sus obras.

Así, la música, en nuestras sesiones de Judo Mental tiene un apartado muy importante; nunca comenzamos las actividades sin disponer de alguna pieza de Mozart como ambiente de apoyo a la motivación y la relajación. Si el desarrollo del cerebro se produce al incorporar estructuras funcionales en sistemas cada vez más complejos, la música es un instrumento extraordinariamente eficaz para proporcionar estas estructuras (Campbell, 2001).

#### **2.4.- Modelo de programa (Judo Mental)**

De la evaluación inicial del grupo se deducen los objetivos de la intervención que dependen en gran medida de las necesidades detectadas tras la aplicación de los cuestionarios.

El modelo de programa de intervención que a continuación presentamos, pretende ser un modelo de referencia para los profesionales de Judo que estén interesados en proporcionar una educación a personas con discapacidad intelectual, a través de la práctica de este arte marcial.

El programa está pensado para la intervención en alumnos adultos (18 a 65 años) con discapacidad intelectual con una intensidad de apoyos



intermitente o limitado, en un periodo de tiempo no inferior a cuatro años y en sesiones de hora y media, dos días a la semana.

El contexto donde se aplica el programa, es un contexto especial donde todos los alumnos presentan discapacidad intelectual.

Las sesiones se descomponen en tres partes bien diferenciadas, que en su conjunto van a ofrecer consistencia y eficacia a la Unidad: parte inicial, parte fundamental y parte final.

#### **2.4.1.- Parte inicial**

La primera acción que el Maestro realiza cuando entra en el *Dojo* es poner música ambiental. Esta música debe de ser apropiada para la creación de una atmósfera adecuada a los sujetos con quien vamos a trabajar en el tatami. En este sentido, estimamos que la música más apropiada es la compuesta por Wolfgang Amadeus Mozart: como la sonata para dos pianos en re mayor y los conciertos para violín 3 y 4.

##### **2.4.1.1.- Normas de respeto**

Antes de comenzar con las sesiones educativas, debemos mostrar respeto a los maestros de Judo y a nuestros compañeros; de este modo entramos en el tatami perfectamente vestidos con el kimono, nuestro cuerpo

limpio, en silencio y saludando (*ritsu-rei*). Una vez dentro del tatami, se vuelve a saludar al profesor en posición de rodillas (*za-rei*).

El saludo es un rito que presenta dos aspectos muy importantes: por un lado se realiza como muestra de respeto a los demás, y por otro, como cambio de actitud mental. Así, el saludo se realiza cuando entramos al tatami: una vez dentro del tatami la actitud del alumno debe de ser la de un yudoca: El saludo se realiza cuando da comienzo la actividad: la actitud mental del alumno cambia para prestar atención a las explicaciones del maestro. El saludo se ejecuta cuando da comienzo el *Randori*: la actitud mental del alumno cambia y se concentra a causa del mayor interés en el combate. Se repite de nuevo el saludo cuando se termina el *Randori*: la actitud mental cambia y se relaja para prestar atención al maestro. Se efectúa el saludo cuando termina la actividad: de esta forma la actitud mental del alumno cambia para dejar de ser yudoca en el tatami y seguir siéndolo fuera de él (Molina, 1999).

#### **2.4.1.2.- Recomendaciones de higiene y de trato hacia los demás.**

Se aprovechan los inicios de las sesiones de Judo Mental para repasar dimensiones de apoyo con actividades representativas: cuidado personal, habilidades sociales, entre otras.

Durante cinco minutos el *Sensei* comenta con los yudocas los beneficios del cuidado personal, la salud, las relaciones con los demás, etcétera. También les solicita que hablen de sus actitudes fuera del *Dojo*: ¿habéis hecho nuevos amigos en estos días? ¿Os habéis lavado la cara todos los días? ¿Qué habéis comido estos días? ¿Habéis paseado mucho? ¿Habéis hecho deporte? Las respuestas de los yudocas a todo el grupo, ayuda a inhibir la vergüenza y a adquirir hábitos de cuidado personal y salud.

#### **2.4.1.3.- Actividad de calentamiento.**

Podríamos definir el Calentamiento como un conjunto de movimientos que preparan al organismo a la aplicación de cargas, con el propósito de poner en marcha los sistemas funcionales del organismo y facilitar un rendimiento más elevado (Álvarez de Villar, 1985).

Antes de comenzar las actividades de Judo Mental y juegos, debemos hacer una correcta entrada en calor, que permite a la vez de evitar lesiones, disponer del máximo de energía para disfrutar plenamente de la actividad.

El calentamiento es el proceso activo que se realiza previo a la ejecución de ejercicios físicos y, prepara al individuo física, fisiológica y psicológicamente para una posterior actividad de juego o Judo Mental.

El objetivo del calentamiento es ingresar de forma progresiva al nivel de actividad deseado, logrando una adaptación del corazón, circulación y respiración, así como de músculos y tendones (Gallardo y Rodríguez, 2008).

En este sentido, Iniciamos la actividad de calentamiento con una carrera de cinco minutos, que estará controlada por el *Sensei* atendiendo a las características de cada alumno, dado que algunos de los yudocas presentan limitaciones físicas asociadas a su discapacidad intelectual (enfermedades respiratorias, cardiovasculares). Por lo cual, hay varios yudocas que tienen que parar la carrera minutos antes que los demás, e incluso tenemos un yudoca que no puede ni siquiera iniciar la carrera, dada su limitación física en el tren inferior. Para los que no pueden realizar la carrera, se le compensa con una caminata por el tatami del mismo tiempo de duración que la carrera.

A continuación comenzamos con los ejercicios de elongación. La base de esta técnica es la realización de estiramientos estáticos, con una tensión muscular mantenida y sin dolor, trabajando sobre la sensación de elongación, en una actitud relajada y concentrándonos en los músculos que están siendo estirados. Nunca debemos estirar de forma brusca, ni sentir dolor, es la sensación de elongación lo que debemos sentir y concentrarnos en ella con el mayor estado de relajación posible. Al alcanzar un estado de tensión muscular agradable lo sostenemos unos segundos, percibiendo

cómo la tensión disminuye con el paso de segundos. Durante los ejercicios, respiramos de forma lenta y controlada. Los niveles de elongación pueden variar de sesión en sesión, atendiendo a la discapacidad física asociada que presente cada alumno (Cagigal, 1981).

Pasamos a la siguiente actividad.

#### **2.4.1.4.- Actividad de juego:**

El juego constituye una de las principales estrategias para afrontar el interés y la motivación del yudoca por el aprendizaje, (García García, *et al.*, 2006) Como ya hemos indicado anteriormente, los juegos nos han servido para introducir las actividades de Judo Mental y para evitar el hastío durante la sesión. De tal forma que, cuando comprobamos que la mayoría de los yudocas entran en un estadio de aburrimiento, cambiamos de actividad y volvemos a introducir un juego, procurando que este tipo de actividad no constituya la mayor parte de la sesión.

El juego es un elemento idóneo que nos proporciona triple finalidad: por un lado evitar el aburrimiento, por otro, perfeccionar las habilidades y destrezas motrices a través de estrategias basadas en mecanismos de oposición, cooperación y resolución y, por último, afianzar valores humanos. Es un medio atractivo que facilita el aprendizaje y la socialización, donde las conductas de habilidades motoras aparecen interrelacionadas con las

cognitivas y las afectivas. Además influye en el prestigio social del individuo y en su autoestima (Arráez, 1996).

En este sentido y dando significado a una parte del programa de intervención, en las actividades de juegos se evidencian una serie de objetivos, que se adquieren de una manera amigable y agradable:

- **Integración en el grupo:** primeros fundamentos de la comunicación del yudoca entre sus iguales. Proponemos juegos donde la comunicación entre los participantes sea necesaria para su progreso.
- **Conocimiento y desarrollo corporal:** desarrollo de la coordinación dinámica general y la lateralidad, utilizando todos los segmentos corporales. Proponemos juegos donde todos los segmentos corporales (pies, piernas, brazos, manos, hombros, cabeza, tronco, etcétera.) estén en acción.
- **Estructuración Espacial:** a través de las distintas formaciones grupales que los juegos proponen, los yudocas descubren el espacio corporal propio y el espacio próximo. Planteamos juegos donde el combate entre grupos esté presente, pero todo ello sin violencia.
- **Estructuración Temporal:** los diferentes desplazamientos y cambios de velocidad que se producen durante el juego, hacen que los yudocas conozcan las duraciones, velocidades y ritmos de tiempo y

se vayan familiarizando con la estructura temporal que después aplicarán en las demás actividades. En los yudocas con discapacidad intelectual con una intensidad de apoyos intermitente no se plantea ningún problema, pero en alguno de los que presentan discapacidad intelectual con intensidad de apoyos limitada o extensa, debemos reforzar estos conceptos a través del modelado.

- **Formación integral de la persona:** mediante los juegos, los yudocas aprenden a pensar, razonar, convivir y tomar decisiones.

Todos estos objetivos son un complemento a los propuestos en las actividades de Judo Mental, formando así un bloque equilibrado, donde los factores de ejecución: velocidad, resistencia, fuerza y flexibilidad y los factores motrices: coordinación y equilibrio forman parte de la habilidad motriz básica.

En este sentido, antes de proponer un juego, realizamos una clasificación atendiendo a dos criterios: el primero, se refiere a la comprensión de la técnica general de Judo: *Ukemi, Kumi-Kata, Shisei, Shintai, Tandoku Renshiu, Nage-waza y Kake*, entre otras. El segundo criterio es la comprensión de las técnicas específicas de los cinturones amarillo, naranja, verde, azul y marrón. Estos juegos están destinados al entendimiento de la correcta ejecución de las técnicas de brazos, cadera,

piernas y espalda, según el grado de cinto y la discapacidad intelectual que tenga el yudoca.

Es importante conocer que no todos los juegos están indicados para personas con discapacidad intelectual, nosotros pretendemos conseguir unos objetivos concretos, además de que sirvan para el tiempo libre. Por ejemplo: la elección de los juegos la realizamos teniendo en cuenta los valores humanos que fomentan (García García, *et. al.*, 2006).

Las personas con discapacidad intelectual reciben, procesan y organizan la información con dificultad y lentitud. Por este motivo su posibilidad de respuesta también presenta limitaciones. La comprensión de las situaciones y problemas del entorno y la rapidez con la que responden a las demandas del mismo, se ven condicionadas por las dificultades para el procesamiento que presentan.

En estas personas, todo aquello que posibilite la llegada de información exterior y la percepción de los estímulos sensoriales favorece su desarrollo cerebral. Por lo tanto, el empleo de apoyos apropiados puede mejorar sus capacidades funcionales.

En consecuencia, el juego puede moldear el funcionamiento cerebral e instaurar modificaciones sustanciales y duraderas que faciliten el aprendizaje. El juego, además de servir como herramienta de estimulación, también les ayuda a relacionarse con los demás, a mejorar su autoestima, a



superarse, a transferir y generalizar los aprendizajes a otros entornos y, sobre todo, a divertirse.

## **2.4.2.- Parte fundamental**

### **2.4.2.1.- Actividad de Judo.**

Las actividades de Judo están diseñadas bajo el asesoramiento de los profesionales que tutorizan a los yudocas fuera del *Dojo*. Para nosotros es muy importante contar con la experiencia de estas personas, ya que las características que presentan nuestros alumnos son muy especiales y heterogéneas. Así el *Sensei* es conocedor en todo momento de qué tipo de técnicas de Judo son adecuadas para cada alumno y la limitación que debe de tener a la hora de explicitar el programa de grados, recomendado por la Real Federación Española de Judo.

En este sentido, el nivel de aprendizaje es el que el propio alumno dirige, no siendo tan importante la cantidad de técnicas aprendidas, como la actividad física en sí, la seguridad del alumno y la filosofía que poco a poco va adquiriendo.

Así, comenzamos la actividad con unas caídas desde distintas situaciones: delante, detrás, izquierda, derecha, de frente y de frente rodando. Las caídas son consideradas por muchos maestros (Barioli, 1988; Belgrano, 2006; Espartero, 1997; Guedea, 2005; y Mirallas Sariola, 1995,

entre otros), como una parte fundamental para el desarrollo del aprendizaje del Judo, ya que cuando un yudoca ha adquirido una gran habilidad para caer sobre el tatami, goza de más autoconfianza para aprender Judo. Para nosotros es de vital importancia tanto saber caer, como saber proyectar al oponente. En este sentido, es aconsejable enseñar en la misma medida, a caer y a tirar; si un yudoca ejecuta la caída de forma incorrecta ocasionada por la mala aptitud de su compañero, pierde de igual forma su autoconfianza.

Como todas las habilidades y destrezas adquiridas en las sesiones de Judo Mental, el arte de saber caer es generalizable a la vida cotidiana; mediante la práctica de las caídas, se agudiza el equilibrio y se adquiere seguridad (Guedea, 2005). Así, el Judo Mental requiere predisponer al yudoca en la realización de esta técnica de una manera suave, sin cambios bruscos en su vida cotidiana; cuando iniciamos la docencia de las caídas, debemos comenzar desde una posición que no entrañe peligro para el yudoca, por ejemplo: caída de espaldas desde la posición de sentado, caída hacia delante rodando colocando ambas manos sobre el tatami. Por consiguiente el yudoca pierde el miedo inicial a un posible daño físico (Swain, 1990).

Dentro de nuestra actividad de Judo, continuamos con la docencia en su parte teórica de las técnicas de Judo: *Nage-Waza* y *Tachi-Waza*, y

técnicas para la defensa personal mediante el desarrollo de las *Katas*. Utilizamos a diario *Ju-No-Kata*, *Nage-No-Kata*, o *Rei-Ho-No-Kata*, *Ukemi-No-Kata*, *Kamae-No-Kata*, *Shintai-No-Kata* (Moronta y Campos, 2006).

En Judo Mental estimamos que los practicantes de Judo no compiten entre sí, sino que más bien se entrenan juntos para mejorar su arte. Esto sólo se consigue cuando se alcanza la habilidad en el *kata*. Estos *Katas* están desarrollados a partir de conceptos y técnicas del Judo y permiten la práctica del Judo a personas con discapacidad física asociada a su condición de persona con discapacidad intelectual.

Es adecuado empezar primero por la *Ju-No-Kata* por dos motivos: a) sirve para aprender el aspecto esencial del Judo, es decir la razón de la forma en cómo vencer a un enemigo adaptándose a su fuerza y absorberla, b) es la *Kata* del movimiento –no violento-, por eso es muy fácil de aprender, sobre todo para las personas con discapacidad intelectual. Después le sigue en el aprendizaje la *Nage-No-Kata* que enseña el sentido y los principios fundamentales de *Nage-Shobu* (lucha por el lanzamiento o proyección), (Kano, 1989). Aunque el Doctor Kano aconseja la conveniencia de enseñar la *Katame-No-Kata* y la *Kime-No-Kata*, nosotros estimamos que para nuestro programa no es conveniente por la excesiva dificultad que entrañan estas *Katas* para el colectivo investigado.

Hay otra *Kata* llamada *Kokumintai-Atemi-No-Kata* que se puede practicar solo. Esta *Kata* es muy interesante porque se puede practicar sin compañero y en cualquier lugar, dentro o fuera del *Dojo*, complementa al *Randori* y está adecuada para cualquier tipo de edad.

Según Kano, (1989), físicamente la *Kata* tiene unas técnicas determinadas en donde los grupos musculares trabajan según esas técnicas, no permitiendo a otros músculos trabajar como ocurre en el *Randori*. Aunque, para los jóvenes, practicar *Randori* es mucho más interesante que la *Kata*, las lesiones disminuyen notablemente cuando la enseñanza del Judo se complementa con los dos métodos de entrenamiento, porque si a primera vista nos parece que el *Randori* posibilita y cubre todos los movimientos físicos, si se analiza más detenidamente, veremos que le falta algo. Por eso para completar el *Randori*, el Doctor Kano recomendaba a los estudiantes de Judo, la práctica de la *Kata*, Por consiguiente las cosas que le faltan al *Randori* en el sentido de la lucha y el movimiento físico, se complementan con la *Kata*.

Continuamos con la realización de *Uchi-komi* en cinco series de diez movimientos cada una de ellas. Los *Uchi-komi* son ejercicios repetitivos sobre técnicas de Judo con un cierto ritmo que ayudan a automatizar las técnicas a través de las repeticiones, ayudando a conseguir más velocidad, potencia y resistencia en el yudoca, a lo largo del entrenamiento. Siguiendo

al Dr. Kano, proponemos los *Uchi-komi* lo más parecido al estándar emitido por el *Kodokan* (Programa oficial de *Nague-waza* para monitores. Federación Española de Judo, 1982), puesto que esto nos ofrece una seguridad de realizar un Judo refrendado por el “inventor”, que nos permita consolidar una base sólida donde cada yudoca pueda evolucionar dependiendo de sus capacidades y de la adaptación que realicemos de la técnica de Judo a ejecutar.

Finalizamos las actividades de Judo con un *Randori* de diez a veinte minutos, dependiendo de los yudocas presentes en el tatami en la sesión. Las series también tienen diferente tratamiento, dependiendo de la tipología de los yudocas. Habitualmente, el *Randori* forma parte del entrenamiento de un yudoca y consiste en ejecutar libremente las técnicas de Judo aprendidas durante los *Uchi-komi*. El *Kodokan*, nos recomienda que entrenemos con distintos compañeros que posean características diferentes en cuanto a posturas, movimientos y formas de utilizar la fuerza; con lo que se consigue una mayor amplitud en las técnicas y que éstas sean más eficaces.

Nosotros, estando de acuerdo con el *Kodokan*, tenemos que tener en cuenta las características especiales de nuestros yudocas para proponer otras situaciones. En este sentido, el *Randori* se realiza acomodando parejas de yudocas complementarios. Por poner algún ejemplo: a un yudoca con mucha hiperactividad no le podemos poner de pareja, en *Randori*, con un

yudoca que presenta una ansiedad significativa o un problema de espasticidad, puesto que corremos el riesgo de acentuar esta ansiedad o empeorar su espasticidad; a un yudoca con el cinturón blanco o amarillo con un yudoca con cifosis o escoliosis, dado que el cinturón blanco o amarillo todavía no sabe proyectar adecuadamente. Sin embargo, un yudoca con discapacidad intelectual con una intensidad de apoyos intermitente y con un grado de cinto alto, es perfecto compañero para cualquier otro yudoca, ya que tiene capacidades suficientes para tener un perfecto control sobre su compañero.

Todos estos ejercicios tanto en la modalidad de *Kata*, *Uchi-komi* como en *Randori*, se han diseñado y son desarrollados atendiendo a los siguientes principios (Villada y Vizuete, 2002):

- **Actividad física:** tratar que lo primero y principal sea la actividad física desarrollada en sí misma, y los resultados obtenidos en cualquiera de las distintas formas de entrenamiento.
- **Confianza:** dar confianza a los yudocas para que superen los miedos o ansiedades, mediante distintas estrategias. Por ej.: en *Randori*, muchas veces, el *Sensei* se sitúa como “*Uke*” del yudoca, procurando que en algún momento del entrenamiento tenga la opción de proyectarle al tatami. También es importante que en otros

momentos del *Randori*, el *Sensei* proyecte al judoca con sumo control.

- **Lateralidad:** tratar de asegurar la lateralidad predominante, aunque deben saber moverse y ejecutar las técnicas de Judo en las dos direcciones (derecha e izquierda).
- **Coordinación global:** el cuerpo es un todo que se mueve (por entero y por partes) teniendo distintas posibilidades de combinación, las cuales se deben conocer.
- **Control y dominio de sí:** parte del conocimiento del cuerpo y de las formas que tiene que manifestarse. Conociendo cómo él se sabe y cómo quiere ser.
- **Socialización:** Saber estar con los demás, coordinarse, relacionarse con los demás.
- **Dimensión de ocio:** La práctica del Judo debe de ser una actividad lúdica, de bienestar y de relación social.
- **Dimensión educativa:** ayudar al desarrollo integral de la persona, conociéndose a sí mismo, mejorando la capacidad motriz, comunicando y transmitiendo mensajes.

- **Dimensión artística:** alcanzando un nivel semi-profesional y técnico, realizando los movimientos de Judo con calidad.
- **Dimensión terapéutica:** se persigue alcanzar el equilibrio de uno mismo, de liberar tensiones, solucionar problemas internos.

Para finalizar las sesiones de Judo Mental, una parte imprescindible es la relajación.

### **2.4.3.- Parte final:**

#### **2.4.3.1.- Actividad de relajación muscular y mental:**

Las actividades de relajación se realizan como complemento hacia la adquisición de la paz interior que el Judo Mental proporciona. Nos van a ayudar al aprendizaje por parte de los alumnos a realizar una respiración adecuada y a establecer un control sobre todo su cuerpo en estado relajado. Es ante todo un magnífico relajante del cuerpo y la mente.

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por estas. Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro.



Dedicar unos minutos a relajarse física y mentalmente, pero sin llegar al enfriamiento. No olvidemos que el músculo se halla más dispuesto para ser elongado cuando tiene la temperatura sobreelevada. Para llegar a una relajación de todo el cuerpo utilizamos dos técnicas: la relajación progresiva de Jacobson (1930) y la técnica de Schultz (1969). Comenzamos con la técnica de Jacobson, cuyo objetivo es provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. En situación de tumbados boca arriba sobre el tatami.

### **Paso 1: relajación manos, antebrazos y bíceps.**

Pedimos a los yudocas que tensen, durante 2 segundos, y destensen, otros 2 segundos, los músculos de la mano y antebrazo derecho apretando el puño (procurando que este lado sea su dominante, si su dominante es el izquierdo comenzamos por él). Repetimos este ejercicio hasta que el alumno sienta la tensión en su mano, nudillos y antebrazo. Después pasamos a tensar el bíceps derecho. Para ello, nos cogemos el codo del brazo derecho con la palma de la mano izquierda extendiéndole

flexionándole varias veces, para tensar y relajarle. Una vez terminados los ejercicios del lado derecho, los realizamos sobre la mano, antebrazo y bíceps del lado izquierdo.

### **Paso 2: relajación cara y cuello**

Una vez relajados los grupos de músculos de los brazos y las manos, pasamos a los músculos de la cara. Para ello, bizqueamos y arrugamos la nariz, obteniendo tensión en la parte central de la cara. Seguimos con la tensión de los músculos de la parte inferior de la cara; se consigue apretando los dientes y llevando la comisura de la boca hacia atrás. Estos ejercicios pueden provocar risas entre los alumnos, situación beneficiosa para alcanzar la relajación. El cuello es uno de esos lugares por los que la tensión muscular parece tener una especial predilección, se sobrecarga con mucha facilidad, formando parte de ese triángulo que incluye a los trapecios también. El cuello se tensa empujando la barbilla hasta el pecho y levantándola hasta que podamos. Este ejercicio se realiza muy lentamente para evitar el mareo, temblor o sacudida de los músculos cuando se tensan.

### **Paso 3: relajación pecho, hombros, espalda y abdomen**

Indudablemente nos encontramos frente a grandes grupos musculares capaces de acumular mucha tensión, la hipertonía en estos grupos afecta a toda la estructura corporal, generando al mismo tiempo un elevado grado de consumo energético. Mediante una respiración profunda y colocando los

omoplatos de los hombros juntos, es decir: llevando los hombros hacia atrás todo lo que se pueda, debemos sentir tensión significativa en el pecho, hombros y espalda. Para tensar los músculos de esta zona, ponemos el estómago duro, como si pensáramos que nos iban a golpear en él.

#### **Paso 4: relajación piernas y pies**

Las zonas en que acumulamos tensión son múltiples, aprender a relajar los distintos grupos musculares que componen nuestro mapa muscular de tensión supone un recorrido por todo nuestro cuerpo. Continuaremos relajando las zonas más alejadas del corazón: piernas y pies. Comenzamos con la parte superior de la pierna y el muslo derecho (procurando que este lado sea su dominante, si su dominante es el izquierdo comenzamos por él). Para ello, colocamos ponemos en tensión la parte superior de la pierna derecha contraponiendo el músculo largo encima de la pierna con los más pequeños de la parte de atrás; debemos sentir la dureza del músculo de la parte superior. Para tensar los músculos de la pantorrilla derecha, debemos tirar de los dedos de los pies hacia arriba, dirección a la cabeza y, para tensar los músculos del pie derecho, estiramos los dedos del pie derecho hacia delante curvándoles hacia dentro Realizamos los mismos ejercicios, por el lado izquierdo.

Continuamos nuestra actividad de relajación con ejercicios de la técnica de Schulz (Técnica que usa la sugestión para relajar el cuerpo), que nos van a proporcionar un grado de relajación bastante alto.

### **Paso 1: preparación**

Nos tumbamos en el tatami boca arriba con el cuerpo completamente estirado; brazos y piernas pegadas al cuerpo.

### **Paso 2: instauración de la tranquilidad**

Comenzamos el ejercicio fijando la mente en nuestro cuerpo. El *Sensei* a través de frases clave como: “estás completamente tranquilo” y “tu cuerpo está relajado”. A medida que las repetimos una y otra vez, el yudoca debe sentirse más tranquilo y sosegado, pasando así de ser unas simples frases a convertirse en un estado de ánimo. Cuando observamos que el yudoca está relajado, pasamos al siguiente paso.

### **Paso 3: fase de pesadez**

El *Sensei* vuelve a trabajar con frases clave como: “tus piernas están pesadas”, “tus brazos están pesados”. Realizamos este proceso con todas las partes del cuerpo, siguiendo un orden ascendente, con la intención de no perdernos y dejar alguna parte del cuerpo sin trabajar. Repetimos hasta que observamos que la idea de pesadez de todo el cuerpo es adquirida por todos los yudocas que están en el tatami.

#### **Paso 4: fase de calor**

En esta fase las frases claves son: “tu pierna derecha está caliente”, “tu pierna izquierda está caliente”, etcétera. Realizamos este proceso con todo el cuerpo y en el orden ascendente requerido anteriormente. El calor produce relajación de todo el cuerpo. Repetimos las frases hasta que observemos que los yudocas tienen sensación real de calor en todo su cuerpo y pasamos al paso siguiente.

#### **Paso 5: fase de regulación cardíaca**

En esta fase se regula el ritmo del corazón, ya que los nervios y el miedo aceleran su función. Las frases claves son “tu corazón tiene un ritmo suave y constante”. Aquí es importante, al igual que durante todas las fases, incidir en el proceso de respiración y recordar a los alumnos como se realiza adecuadamente. Cuando observemos que los alumnos sienten su corazón latir rítmicamente y suave, proseguimos con el ejercicio pasando a la siguiente fase.

#### **Paso 6: fase de regulación respiratoria**

En esta fase y después de haber relajado los músculos y la actividad del corazón, normalizamos la respiración a través de frases claves como: “tu respiración es suave” y “tu respiración es tranquila”. La respiración la hacemos en cuatro pasos: a) inspirar aire por la nariz suavemente hasta llenar los pulmones, b) retener el aire durante 2 segundos, c) soltar el aire por la nariz suavemente hasta vaciar los pulmones y d) retener los pulmones vacíos 2 segundos, para después volver a coger aire por la nariz. Repetimos varias veces este proceso.

#### **Paso 7: fase de regulación de vísceras abdominales**

Las frases claves de esta fase son: “tu estómago está caliente”, “notas la sensación de calor en tu estómago”, etcétera. Se repite hasta que el alumno nos informe que efectivamente siente en su abdomen el calor.

#### **Paso 8: fase de regulación cefálica**

Última fase de esta técnica. La frase clave es: “sientes frescor agradable sobre tu cabeza” Repetir hasta conseguir que el alumno sienta que su pesadez cerebral ha desaparecido.

Los ejercicios de relajación se realizan cumpliendo los siguientes requisitos:

- Ropa muy cómoda y descalzo. En nuestro caso, el *judogui* es bastante cómodo y tenemos que entrar al tatami descalzo para realizar la sesión.
- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.
- Debemos de tener en cuenta que la incorporación del cuerpo, en posición tumbado boca arriba, tiene que ser lenta y siempre por su lado derecho; permaneciendo sentado durante 1 o 2 minutos antes de ponernos de pie definitivamente al terminar estos ejercicios.
- En el techo del *Dojo*, colocamos dibujos con motivos celestes: cielo y nubes. Después cuando los alumnos cierran los ojos deben recordar estos motivos. Si no tenemos el techo del *Dojo* en esas condiciones, debemos imaginar durante el proceso de relajación, motivos relajantes tales como: el cielo, el mar, una pradera, etcétera.

Una vez terminada la exposición del programa, creemos conveniente proponer su evaluación.

#### **2.4.4.- Evaluación**

La evaluación siempre incide en el proceso de enseñanza-aprendizaje; por ello, es una pieza clave para determinar las características de cualquier metodología. La manera de valorar los trabajos, el tipo de retos y ayudas que se proponen, las manifestaciones de las expectativas depositadas, los comentarios a lo largo del proceso, las valoraciones informales sobre el trabajo que se realiza, la manera de disponer o distribuir los grupos, etcétera, son factores con una fuerte carga educativa que convierten a la evaluación en una de las variables metodológicas más determinantes (Carballo Santaolalla, 1996); Fernández Ballesteros, 1995).

De este modo, consideramos que los siguientes criterios nos pueden ofrecer una visión generalizada de la evolución de nuestro programa:

- Adoptar posturas corporales correctas en las distintas actividades observables desde la clase de Judo Mental, y tomar conciencia de la importancia de mantenerlas en el resto de actividades. Con este criterio se pretende comprobar si los yudocas adoptan posturas corporales correctas, valorando su importancia y su relación con la actividad física.



- Utilizar con la metodología adecuada, las técnicas de relajación aprendidas durante las sesiones. Con este criterio se pretende comprobar si los yudocas han adquirido un nivel suficiente en el conocimiento y dominio de las técnicas de relajación que les permita recurrir a ellas con el fin de reducir la tensión y ansiedad que originan determinadas situaciones.
- Coordinar las acciones propias con las del equipo, participando en las sesiones de forma cooperativa y resolver problemas motores, en los que intervenga el mecanismo de decisión, surgidos en la práctica del Judo. Con estos criterios se pretende comprobar si los yudocas son capaces de discriminar los estímulos relevantes de una actividad físico-deportiva y, en función de estos estímulos, adecuar su actuación a la finalidad de la actividad, y si son capaces de lograr un grado de ejecución aceptable que les permita desenvolverse en situaciones reales de participación, ya sea en actividades deportivas institucionalizadas, juegos deportivos y recreativos o en otras actividades físicas.
- Participar de forma activa en la realización de actividades físico-deportivas. Con este criterio se pretende comprobar si los yudocas participan activamente y de forma constructiva en las actividades

que se les presentan y si muestran una actitud de ayuda y de colaboración con sus compañeros.

- Participar de forma desinhibida en las actividades de expresión colectivas. Colaborando y adaptando la propia ejecución a la de las compañeras y de los compañeros del grupo. Con este criterio se pretende comprobar si los yudocas participan activamente en las sesiones educativas, y si muestran una actitud de colaboración con sus compañeros y con sus compañeras.

Ofreciéndose estos criterios y en función del tiempo y nivel de consecución se establece el programa de grados <sup>(Tabla 15)</sup>, propuesto desde este trabajo consensuado y aceptado por la Federación Burgalesa de Judo.

Tabla 15. Programa de grados propuesto para el programa de Judo Mental (2009)

Cintos	Tiempo aconsejado entre evaluaciones					
	Amarillo (6 meses)	Naranja (8 meses)	Verde (12 meses)	Azul (12 meses)	Marrón (12 meses)	Negro (12 meses)
<b>Fund. Judo pie</b>	Rei Ukemi Kumikata	Shintai Tai-Sabaki Shinsei	Tsukuri Kake Kuzushi	Rei-Ho-No-Kata Ukemi-No-Kata	Shintai-No-Kata	
<b>Formas de entrenamiento de Judo pie</b>	Uchikomi	Randori	Sotai-Renshu	Tandoku-Renshu	Yaku-Soku-Geico Renraku-Waza	Kakari-Geiko Arbitraje Chikara-No-Oyo
<b>Técnicas de Judo pie</b>	O Soto Gari Hiza Guruma De Ashi Barai	Uki Goshi O Goshi Tai Otoshi	Tsuri Komi Goshi Hane Goshi Harai Goshi	O Uchi Gari Ko Soto Gari O Soto Gake Ko Uchi Gari	Uki Otoshi Uchi Mata Okuri Ashi Harai	Nage-No-Kata (Te-Waza)
<b>Fund. Judo suelo</b>	Bases de las inmovilizaciones	Bases de las salidas de las inmovilizaciones	Movimientos básicos de defensa (Tori en posición de defensa boca abajo y arriba)	Movimientos básicos de ataque (Uke en posición de defensa a cuatro patas)	Movimientos básicos de ataque (Uke entre las piernas de Tori)	
<b>Técnicas de Judo suelo</b>	Hon Kesa Gatame Yoko Shiho Gatame Kami Shiho Gatame	Kata Gatame Tate Shiho Gatame	Kuzure Kami Shiho Gatame Kuzure Kata Gatame Kuzure Yoko Shiho Gatame			

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en la investigación.

Este programa se ha elaborado, tomando como documento base el programa oficial de Judo para todo el territorio español y comprobando las técnicas que los yudocas podían llegar a dominar correctamente y sin peligro para su integridad física. Una vez realizado el estudio completo de grados y su dificultad para alcanzarlos, llegamos al siguiente informe como explicación del por qué hemos llegado a él:

**Cinturón amarillo:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 6 meses. Para este examen es conveniente aprovechar cualquier exhibición que se realice unos días después. De este modo, se produce un refuerzo positivo para los objetivos propuestos: conseguir el cinturón de grado y realizar la exhibición con mayor implicación.

El programa del cinturón amarillo y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Fundamentos de Judo pie: (Rei, Ukemi, KumiKata).* Cuando un alumno entra en el programa tiene que someterse a la disciplina de todo el grupo; de esta forma, el saludo en sus dos formas: en pie: *Ritsu-rei* y en suelo: *Za-rei* es la base para su perfecta acomodación al Dojo.

Para que el alumno avance en su proceso de aprendizaje, es imprescindible que comience con las caídas desde el primer día de su interacción con el programa. Así, pierde el temor a caer sobre el tatami

cuando es proyectado por *Uke*. Debemos realizar un examen, pormenorizado, de la discapacidad física que presente este alumno asociada a su discapacidad mental, para poder adaptar este proceso a cada individuo, dado que cada alumno procesa de diferente forma este aprendizaje.

Se puede decir que las caídas son uno de los pilares en el aprendizaje del Judo que libera al yudoca de un complejo por el que tiende a una rigidez. No es posible ningún progreso real si no se llega a dominar las caídas, a coordinar y automatizar los movimientos que permiten efectuar sin choque ni dolor las caídas más variadas.

El *KumiKata* nos ofrece la posibilidad de que el alumno sienta la proximidad del *Uke*. Este contacto propicia la mejora de las relaciones interpersonales y el desarrollo social.

*Formas de entrenamiento de judo pie (Uchikomis)*. Si para un individuo sin discapacidad es importante la automatización de las técnicas a través de las repeticiones, porque tiene por objeto mejorar la velocidad, la potencia, la resistencia y también el perfeccionamiento de las técnicas. Para una persona con discapacidad intelectual, no es tan importante el perfeccionamiento de la técnica como la consecución de la velocidad, potencia y resistencia, de las cuales carecen en su mayoría.

*Técnicas de Judo pie (O Soto Gari, Hiza Guruma, De Ashi Barai)*. *O Soto Gari* e *Hiza Guruma* son dos técnicas que por sus características

técnicas se deben enseñar juntas. Las personas con discapacidad intelectual tienen dificultad para aprender técnicas que no estén perfectamente estructuradas, por lo cual estas técnicas tienen relación en cuanto a su *Kuzushi* y *Tsukuri* se refiere. *De Ashi Barai* es una técnica que desarrolla la psicomotricidad del tren inferior del yudoca, por lo cual, su enseñanza se debe realizar en un tiempo, relativamente corto, de su entrada al programa.

*Fundamentos de Judo suelo. (Bases de las inmovilizaciones).* No se puede enseñar Judo pie sin la adecuada enseñanza del Judo suelo.

*Técnicas de Judo suelo. (Hon Kesa Gatame. Yoko Shiho Gatame y Kami Shiho Gatame).* Comenzamos con las tres técnicas más elementales del Judo suelo. Es conveniente enseñar estas técnicas encadenadas; porque de otra forma, para una persona con discapacidad intelectual, es muy difícil consolidar técnica a técnica en la memoria a largo plazo por su déficit en el proceso cognitivo.

**Cinturón naranja:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 14 meses. El programa del cinturón naranja y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Fundamentos de Judo pie: (Shintai, Tai-Sabaki y Shinsei).* La combinación de *Shintai* y *Tai-Sabaki* constituye la marcha del Judo. Esta combinación permite igualmente efectuar las técnicas de ataque y de

defensa. Es importante en el empleo de estas dos maniobras porque nos van a ayudar a desarrollar el sentido del equilibrio. En este sentido, se encuentra el Shinsei en sus dos clases: Postura Natural (*Shinsei-Tai*) y Postura defensiva (*Jigo-Tai*).

*Formas de entrenamiento de judo pie (Randori).* En el programa de Judo Mental desecharnos la competición, de modo que el *Randori* es una forma de entrenamiento, donde el practicante no debe tener aprensión al caer. El cuerpo y el espíritu deben de estar completamente relajados para que, no se ofrezca una posible frustración; cuestión que se puede propiciar en la competición. Para una persona con discapacidad intelectual, la frustración es una condición mucho más grave que para otros colectivos, que puede conducir a una baja autoestima muy difícil de normalizar.

*Técnicas de Judo pie (Uki Goshi, O Goshi y Tai Otochi).* Siguiendo con el mismo planteamiento de enseñanza-aprendizaje, se recomiendan tres nuevas técnicas que tienen relación entre sí, en su *Kuzushi, Tsukuri y Kake*.

*Fundamentos de Judo suelo (Bases de salidas de las inmovilizaciones).* Después de aprender inmovilizaciones, es necesario enseñar cómo salir de las mismas.

*Técnicas de Judo suelo (Kata Gatame y Tate Shiho Gatame).* Completamos todas las técnicas de Judo suelo que vamos a introducir en el programa. Por su peligrosidad de lesiones graves, no enseñamos ni

luxaciones ni estrangulaciones, por lo cual, las inmovilizaciones las repasaremos en los siguientes grados del programa.

**Cinturón verde:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 26 meses. El programa del cinturón verde y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Fundamentos de Judo pie: (Kuzushi Tsukuri, Kake,)* El empleo del *Kuzushi* nos permite consolidar la capacidad de proyectar a un adversario incluso más pesado o más potente, a través del desequilibrio. Por medio del *Tsukuri*, tratamos de capacitar al alumno en la resolución de problemas, ya que consiste en colocar a *Uke* en la posición más apropiada para la ejecución de una técnica de proyección y en unas condiciones tales que no pueda defenderse. Al mismo tiempo, *Tori* se coloca en la posición más favorable que le permita el máximo de eficacia. El *Kake* es la continuación del *Tsukuri* hasta concluir la técnica. El *Tsukuri* y el *Kake* deben de estar encadenados para formar una sola y única acción junto con el *Kuzushi*.

*Formas de entrenamiento de judo pie (Sotai-Renshu).* A estas alturas del programa el yudoca debe conocer como realizar el *Uchikomi* en estático o con desplazamiento, proyectando o sin proyectar a *Uke*.

*Técnicas de Judo pie (Tsuru Komi Goshi, Harai Goshi, Hane Goshi).* *Tsuru Komi Goshi* puede ser considerado como uno de los movimientos

básicos del Judo. Es el más representativo de los movimientos de cadera de gran amplitud. La acción de "tirar pescar", esencial en esta técnica, permite preparar y trabajar, en parte, varios movimientos que se inspiran en este principio, como por ejemplo: *Hane Goshi* y *Harai Goshi*.

*Formas de entrenamiento técnico de Judo suelo (Movimientos básicos de defensa- Tori en posición de defensa boca abajo y arriba).* Desde el cinturón naranja se ha de intensificar el entrenamiento en Judo suelo, ya que en el colectivo de personas con discapacidad intelectual, el *Randori* en Judo suelo tiene más aceptación que el entrenamiento de Judo pie. Esto es debido porque la discapacidad física asociada es muy común en estos yudocas y menos apreciable en el Judo suelo.

*Técnicas de Judo suelo (Kuzure Kami Shiho Gatame, Kuzure Kata Gatame y Kuzure Yoko Shiho Gatame).* Con los *Kuzures* damos por terminado este apartado.

**Cinturón azul:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 38 meses. El programa del cinturón azul y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Fundamentos de Judo pie (Rei-Ho-No-Kata, Ukemi-No-Kata).* En este periodo de tiempo, el yudoca con discapacidad intelectual ya está preparado para desglosar, en forma de Kata, los fundamentos aprendidos y aplicarlos



en modo de sistema de formas preestablecidas. Las personas con discapacidad intelectual aprenden mejor siguiendo una secuencia de movimientos. Comenzamos este tipo de entrenamiento con el *Rei-Ho-No-Kata* (*Ritsu-Rei, Za-Rei*, apertura y cierre, *Za-Rei y Ritsu-Rei*) y el *Ukemi-No-Kata* (ceremonia inicial, *Ushiro-Ukemi, Yoko-Ukemi, Zempo-Kaiten-Ukemi* y ceremonia final).

*Formas de entrenamiento de judo pie (Tandoku-Renshu)*. El estudio sobre el aprendizaje de movimientos técnicos específicos que se realizan de manera individual y en solitario, en vez de por parejas, da continuidad a las formas de entrenamiento de Judo pie.

*Técnicas de Judo pie (O Uchi Gari, Ko Soto Gari, O Soto Gake, y Ko Uchi Gari)*. Excelente preparación para todos los movimientos giratorios, que da apertura a los cambios de ataques rápidos derecha, izquierda, izquierda derecha. Para una persona con discapacidad intelectual es muy importante este bloque de técnicas; sí la dominancia de una persona está determinada por el predominio de uno de los hemisferios, el yudoca tiene que tener conciencia de la existencia de un lado derecho y uno izquierdo de su cuerpo y sepa proyectarla al mundo que le rodea (direccionalidad).

*Formas de entrenamiento técnico de Judo suelo (Movimientos básicos de ataque- Uke en posición de defensa a cuatro patas)*. Siguiendo con el

planteamiento de lo propuesto para el cinturón verde, en este apartado, completamos este entrenamiento.

*Fundamentos de Judo suelo (Kamae-Ne-No-Kata).* Este Kata ofrece al alumno trabajar en el suelo con esta interesante estrategia del proceso enseñanza-aprendizaje (ceremonia inicial, *Kamae-Kesa*, *Kamae-Kami*, *Kamae-Yoko*, *Kamae-Tate* y ceremonia final).

**Cinturón marrón:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 50 meses. El programa del cinturón marrón y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Fundamentos de Judo pie (Shintai-No-Kata).* Con este Kata se da por concluida la serie, aparte del Nage-No-Kata solicitado para el cinto negro 1er Dan. Este kata está compuesto por (ceremonia inicial, *Tsugi-Ashi*, *Ayumi-Ashi*, *Ayumi-Ashi (Jigo-Tai)*, *Shikko (Kyoshi)* y ceremonia final)

*Formas de entrenamiento de judo pie (Yaku-Soku-Geico, Renraku-Waza).* Es conveniente practicar *Yaku-Soku-Geico* como forma de estudio ya que su finalidad es educar los reflejos con un compañero, respetando los desplazamientos y perfeccionar las técnicas y las caídas. Es la forma de entrenamiento más difícil de ejecutar correctamente. *Renraku-Waza*, es la aplicación continuada de una misma técnica o de técnicas diferentes.

*Técnicas de Judo pie (Sasae Tsuru Komi Ashi, Uchi Mata y Okuri Ashi Harai).* Completamos las técnicas de Judo pie que consideramos imprescindibles para el programa de Judo Mental.

*Formas de entrenamiento técnico de Judo suelo (Movimientos básicos de ataque (Uke entre las piernas de Tori).* Con este apartado finalizamos el programa de grados que nos va a conducir al objetivo final de todo yudoca, que es la obtención del cinturón negro 1er. Dan

**Cinturón negro:** se recomienda que antes de realizar el examen para este grado, el yudoca pase en el programa un mínimo de 62 meses. El programa del cinturón negro y teniendo en cuenta las capacidades adaptativas de cada alumno, es el siguiente:

*Formas de entrenamiento de judo pie (Kakari-Geiko, Chikara-No-Oyo).* *Kakari-Geiko* es una forma de entrenamiento que tiene por objeto continuar con la estrategia de resolución de problemas, ya que la acción de Tori se produce dependiendo de la acción de Uke. Por el contrario Uke debe tratar de anular el ataque de Tori sin tener en cuenta el número de ataques, además ha de usar su fuerza, y sobre todo utilizar el arte del Tai-Sabaki y la esquiva. El *Chikara-No-Oyo*, consiste en servirse de la fuerza del adversario aplicando el principio de no resistencia. Si *Uke* empuja, *Tori* cede y tira de *Uke*. Si *Uke* tira *Tori* cede y empuja a *Uke*.

*Técnicas de Judo pie (Nage-Ho-Kata – Te-waza).* Para una persona con discapacidad intelectual se considera que conociendo el primer grupo de técnicas es suficiente. El Judo Mental es una forma de entrenamiento, donde se deben considerar dos formas de adaptación a realizar: por un lado, la adaptación que el sensei hace del *Nage-No-Kata* (forma clásica y exacta de la técnica), pensando en el desarrollo del Judo como práctica física de una disciplina con fundamentos científicos; con una filosofía que nos permita modelar el físico, la mente, las emociones, el carácter y el temperamento del propio yudoca, más que pensando en la competición, y por otro, la adaptación que realiza el yudoca del *Nage-No-Kata* en relación a su morfología y personalidad.

Para la obtención del cinturón negro 1er. Dan de Judo en una persona con discapacidad intelectual, debemos tener muy en cuenta, la facilidad que tienen estas personas para alcanzar un estado de excitación muy elevado, al encontrarse frente a personas que no conocen y que si es conveniente tener muchas clases interactivas con maestros de otros gimnasios, para que a la hora del examen no se produzcan estas situaciones, en la mayoría de los casos no se consigue ese estado de tranquilidad aconsejado. También es vital conocer que una vez obtenido el cinturón negro 1er. Dan, en ningún caso, van a ser personas capaces de dirigir una clase de Judo para personas sin discapacidad intelectual, sin una frecuencia de apoyo determinada por un maestro especialista. Esto no debe ser óbice para que

una persona con discapacidad intelectual no pueda alcanzar este grado, ya que su preparación durante todo el programa supone de mucho más esfuerzo, que en una persona sin discapacidad intelectual.



## **Capítulo V: Análisis de los Resultados**

1.- Resultados.....	363
1.1.- Análisis cuantitativo de las habilidades adaptativas del grupo.....	364
1.2.- Análisis cuantitativo del nivel de autoestima. ....	384
1.3.- Análisis cualitativo de Calidad de Vida.....	420
1.4.- Análisis individual de los participantes del programa.....	423





## **1.- Resultados**

Éste es el momento más atractivo pero quizás más comprometido para el investigador, donde se recogen los frutos obtenidos en el trabajo. Es interesante comprobar que nuestro esfuerzo a lo largo de estos cinco años ha servido para mejorar la calidad de vida de unas personas que, por su aspecto físico, son inicialmente rechazadas por la mayoría de la sociedad. Personas que al incorporarse al programa lo hacían con mucha ilusión, pero con un cierto recelo propiciado por el desconocimiento de sus propios progenitores, sobre la vertiente mental que tiene el Judo, ya que no es conocida por la mayoría de la gente.

Era poco menos que impensable que personas con discapacidad intelectual con una necesidad de apoyos de frecuencia intermitente o limitada tuvieran cabida en un programa de actividad física donde el Judo fuera su principal condimento.

El objetivo de este estudio, como se ha comentado, es analizar por un lado, los cambios producidos en las conductas adaptativas y por otro, en el nivel de autoestima de las personas con discapacidad intelectual. Este cambio es apreciable a través de la comparación de las variables ya definidas, y la narración de los sujetos que confirmará dicho cambio.

Los resultados hallados y las conclusiones que se derivan de los mismos, apuntan hacia una necesidad de continuar investigando en esta línea. Esperamos que al final de este proyecto, las personas que tengan la oportunidad de leerlo, obtengan el interés y los datos necesarios para seguir investigando en este tema, porque si se realiza con rigor, los grandes beneficiarios serán personas que de un modo u otro necesitan de nuestra aportación para ser más felices.

Para poder tener una perspectiva mas clara de los resultados obtenidos en nuestro trabajo, estimamos necesario comenzar por los datos generales que los instrumentos de recogida nos han proporcionado: las habilidades adaptativas, a través del ICAP; la autoestima, a través del test de autoestima de Coopersmith y la calidad de vida, a través de la narración personal de los sujetos.

Posteriormente, trasladamos estos datos a cada uno de los sujetos de un modo individual, lo que nos capacita para comprobar la incidencia de nuestro programa en cada uno de ellos.

### **1.1.- Análisis cuantitativo de las habilidades adaptativas del grupo.**

Los datos que a continuación exponemos han recibido un tratamiento diferenciado en cuanto a su comparación entre recogidas se refiere. Los datos del (ICAP) han sido comparados sólo entre el propio sujeto, puesto

que, como ya hemos dicho anteriormente, una vía para rellenarlo es por medio de la observación del comportamiento del yudoca, realizada por el *Sensei* durante las sesiones educativas de Judo Mental, asunto que no podemos negociar con personas que no estén interactuando en el *Dojo*. También reflexionamos sobre lo importante que es, para nuestra investigación, evaluar qué problemas de conductas adaptativas se han mantenido en este tiempo y qué problemas han dejado de producirse en los yudocas, y esto se explicita de una manera muy significativa, sin necesidad de realizar una comparación con otros casos que se encuentren fuera de nuestro programa de intervención.

La recogida de los datos del ICAP, se ha efectuado en dos ocasiones: en el año 2004 (evaluación inicial) y en el año 2008 (evaluación final).

Por lo que corresponde al nivel de autoestima, los datos han sido comparados individualmente y entre casos. Esto se debe a que nuestro propósito es demostrar que a través de la interacción con el programa de Judo Mental es posible aumentar el nivel de autoestima de las personas inmersas en él y elevarlo a niveles considerados normales-altos y sólo alcanzables, inicialmente y según nuestros datos, por sujetos sin apoyos específicos para ejecutar diversos menesteres u ocupaciones, o con una frecuencia intermitente (realizar operaciones de compra y venta, realizar

operaciones matemáticas, llevar a cabo alguna acción con auxilio de aparatos, etc.).

Para determinar las fechas de recogidas de datos se han tenido en cuenta varias cuestiones: para recoger los datos de las conductas adaptativas nos hemos apoyado en los test que la Asociación tiene en su poder, ya que las fechas que ellos han escogido para su elaboración, coinciden con nuestro propósito de realizar el pretest y postest exigido para la comparación final.

En cuanto a la recogida de datos del test de autoestima, hemos pretendido que ninguna variable externa perjudique el análisis final de todos los datos. Análisis que nos ha proporcionado la realidad del progreso en el nivel de autoestima de cada individuo. Por lo tanto, en nuestro caso, la primera recogida se ha realizado al inicio del programa (septiembre 2004); la segunda recogida se produce cuando estimamos que los yudocas han pasado ya tiempo en el programa (marzo 2005); la tercera recogida de datos se efectúa antes de un examen de grado, para comprobar si una situación de estrés puede incidir de manera negativa en su nivel de autoestima (junio 2005); la cuarta, después de una exhibición realizada ante sus familiares, compañeros, tutores y amigos, con lo que podemos comprobar si cuando se recibe un refuerzo positivo, el nivel de autoestima se dispara hacia arriba o hacia abajo (marzo 2006); la última recogida de datos se realiza al final del

programa, para realizar una evaluación final después de interactuar con el programa durante el tiempo aconsejado por el investigador (mayo 2007).

Referente a la recogida de datos del caso de sujetos que tienen discapacidad intelectual, pero que no han seguido el programa de Judo Mental, se han realizado por sus tutores en las fechas que ellos han considerado oportunas, tomando en cuenta, a requerimiento nuestro, distintos momentos de motivación. Así, la primera recogida se realizó después de las vacaciones estivales (septiembre 2004); durante estas fechas pasan 15 días veraneando en algún complejo de campamentos; la segunda, se recogió en una situación común de trabajo (marzo 2005); la tercera recogida se realizó antes de las fiestas locales (junio 2005); y la última, en pleno desarrollo de la actividad social que ASPANIAS propone cada año, donde tienen participación los usuarios de la Asociación y la sociedad burgalesa (mayo 2007)<sup>45</sup>. De esta forma podemos detectar si alguno de estos acontecimientos incide en su nivel de autoestima.

Para la recogida de datos en el caso de los sujetos sin discapacidad intelectual (SDI), no hemos buscado fechas con un carácter especial, ya que el propósito de la evaluación de este caso es detectar el nivel normal de autoestima referencia de las personas sin discapacidad intelectual que no tengan problemas psíquicos. Pero sí hemos hecho coincidir estas recogidas

---

<sup>45</sup> ASPANIAS propone cada año una marcha, con gran éxito. Esta propuesta involucra a la sociedad burgalesa, los profesionales de la Asociación y a sus usuarios.

con las efectuadas en los otros casos (septiembre 2004, junio 2005 y mayo 2007).

La fecha que hemos valorado para recoger la prueba de calidad de vida está determinada por la finalización de este trabajo de investigación, entendiendo que una vez que el yudoca ha pasado varios años en el programa se encuentra capacitado para valorar sus cambios en los ámbitos propuestos en el cuestionario (septiembre- diciembre 2007).

#### **1.1.1.- Datos obtenidos.**

Los datos que a continuación vamos a comparar, corresponden a las recogidas de datos de los test de “Evaluación de la Conducta Adaptativa en Personas con Discapacidades” de los años 2004 y 2008. Estos datos corresponden al pretest y posttest del diseño cuasiexperimental que recoge en su trabajo Segura Cardona (2003).

Estos datos corresponden a las variables dependientes definidas en este trabajo en el capítulo III, ( $a_1, a_2, a_3, a_4, a_5, a_6, a_7, a_8, a_9, a_{10}, a_{11}, a_{12}$  y  $a_{13}$ ), haciéndose referencia a ellos, primero de un modo general y después, de una forma mucho más incisiva y complementaria con los datos aportados por los diferentes cuestionarios o test utilizados en esta investigación.

En los sujetos 106, 107 y 114 tenemos que señalar que no tenemos datos en el año 2008 (<sup>Tabla 16</sup>) puesto que no han seguido con asiduidad el

programa y, aunque no hemos tenido ninguna dificultad para que los profesionales de ASPANIAS nos aportasen los (ICAP) correspondientes a esta época, creemos que los posibles datos que aparecen en el test, no corresponderían a la interacción con el programa y nos podrían enturbiar la yuxtaposición que exponemos a continuación:

Por ello, los datos que vamos a comparar serán los correspondientes a los 14 sujetos que nosotros consideramos más adecuados para realizar los análisis con mayor grado de objetividad.

### 1.1.2.- Yuxtaposición de variables.

Tabla 16. Comparación del ICAP-años 2004-2008. (yudocas del caso biográfico-narrativo de ASPANIAS-BURGOS).

Caso DIP	Destrezas (variables a <sub>1</sub> , a <sub>2</sub> , a <sub>3</sub> y a <sub>4</sub> )								(variable a <sub>12</sub> )	
	motoras		sociales y comunicativas		vida personal		vida en la comunidad		Independencia general	
	año 2004	año 2008	año 2004	año 2008	año 2004	año 2008	año 2004	año 2008	año 2004	año 2008
sujeto 101	54 (100%)	54 (100%)	57 (100%)	57 (100%)	55 (87.30%)	56 (88.88%)	47 (82.45%)	53 (92.98%)	507,50 (97.64%)	511,5 (98.41%)
sujeto 102	54 (100%)	54 (100%)	55 (96.49%)	57 (100%)	61 (96.82%)	61 (96.82%)	55 (96.49%)	57 (100%)	513 (98.70%)	518,75 (99.80%)
sujeto 103	51 (94.44%)	52 (96.29%)	53 (92.98%)	54 (94.73%)	51 (80.95%)	54 (85.71%)	56 (98.24%)	56 (98.24%)	499 (96%)	507,75 (97.69%)
sujeto 104	54 (100%)	54 (100%)	57 (100%)	57 (100%)	63 (100%)	63 (100%)	50 (87.71%)	55 (96.49%)	515,5 (99.18)	517,75 (99.61%)
sujeto 105	47 (87.03%)	51 (94.44%)	50 (87.71%)	51 (89.47%)	49 (77.77%)	52 (82.53%)	43 (75.43%)	46 (80.70%)	493,75 (94.99%)	498,5 (95.91%)
sujeto 106	54 (100%)		57 (100%)		60 (95.23%)		53 (92.98%)		513,5 (98.79%)	
sujeto 107	50 (92.59%)		54 (94.73%)		55 (87.30%)		49 (85.96%)		502,75 (96.72%)	
sujeto 108	54 (100%)	54 (100%)	57 (100%)	57 (100%)	60 (95.23%)	60 (95.23%)	50 (87.71%)	57 (100%)	512,25 (98.55%)	516,5 (99.37%)
sujeto 109	49 (90.74%)	52 (96.29%)	49 (85.96%)	53 (92.98%)	49 (77.77%)	54 (85.71%)	43 (75.43%)	48 (84.23%)	494,25 (95.02%)	502,25 (96.63%)
sujeto 110	53 (98.14%)	53 (98.14%)	47 (82.45%)	48 (84.21%)	50 (79.36%)	53 (84.12%)	44 (77.19%)	48 (84.23%)	498,75 (95.95%)	502,75 (96.72%)
sujeto 111	54 (100%)	54 (100%)	48 (84.21%)	54 (94.73%)	55 (87.30%)	58 (92.06%)	44 (77.19%)	48 (84.23%)	500,5 (96.29%)	507 (97.54%)
sujeto 112	48 (88.88%)	54 (100%)	51 (89.47%)	57 (100%)	54 (85.71%)	63 (100%)	50 (87.71%)	56 (98.24%)	500,75 (96.34%)	518,75 (99.80%)
sujeto 113	48 (88.88%)	51 (94.44%)	42 (73.68%)	42 (73.68%)	51 (80.95%)	52 (82.53%)	34 (56.64%)	43 (75.43%)	490 (94.27%)	494,25 (95.09%)
sujeto 114	48 (88.88%)		46 (80.70%)		47 (74.60%)		41 (71.92%)		491,5 (94.56%)	
sujeto 115	50 (92.59%)	54 (100%)	48 (84.21%)	53 (92.98%)	47 (74.60%)	60 (95.23%)	43 (75.43%)	49 (85.96%)	494 (95.04%)	508 (97.73%)
sujeto 116	49 (90.74%)	52 (96.29%)	44 (77.19%)	51 (89.47%)	49 (77.77%)	47 (74.60%)	31 (54.38%)	43 (75.43%)	489,25 (94.13%)	496,5 (95.52%)
sujeto 117	48 (88.88%)	53 (98.14%)	47 (82.45%)	51 (89.47%)	52 (82.53%)	52 (82.53%)	42 (73.68%)	46 (80.70%)	493,75 (94.99%)	500,25 (96.24%)
<b>promedios</b>	<b>50,88 (94.22%)</b>	<b>53,07 (98.27%)</b>	<b>50,70 (88.95%)</b>	<b>53 (92.98%)</b>	<b>53,41 (84.77%)</b>	<b>56,23 (89.25%)</b>	<b>45,58 (79.96%)</b>	<b>50,53 (88.64%)</b>	<b>500,15 (96.22%)</b>	<b>507,55 (97.65%)</b>

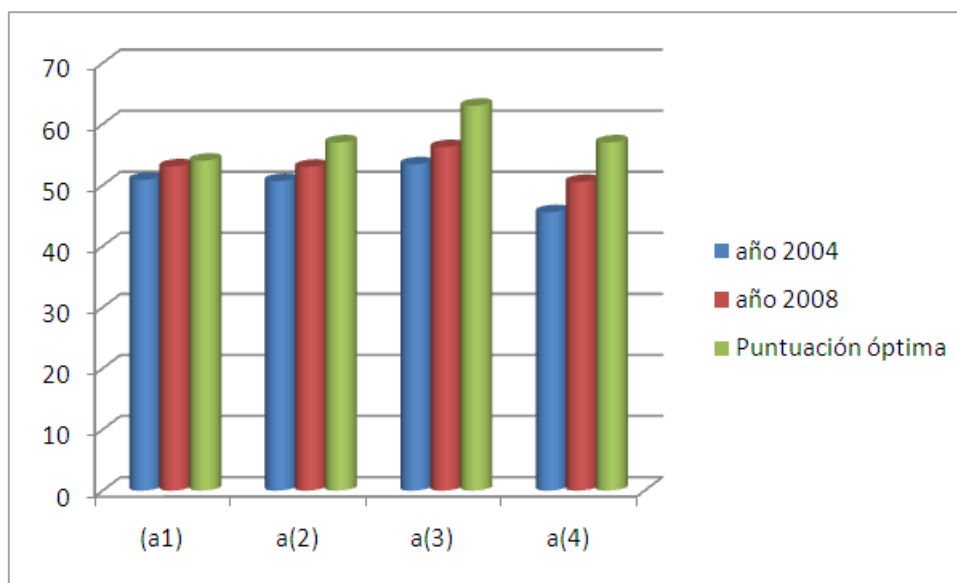
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Cuando comenzamos con el trabajo empírico de esta investigación nos propusimos mejorar la calidad de vida de unas personas que, por el

diagnóstico realizado por profesionales, son etiquetadas como personas que necesitan un apoyo específico con una frecuencia precisa, para realizar unas funciones concretas. Estos apoyos vienen determinados, en un porcentaje muy alto, por los problemas de conductas adaptativas que presentan los individuos.

Nosotros, a través de la interacción de un programa de intervención adecuado, hemos tratado de mejorar estas conductas para dotarles de una mejor capacitación social. En este sentido, este apartado y los que constituyen el capítulo V, pretenden corroborar nuestras afirmaciones anteriores.

**Gráfico 24. Promedios totales de las variables (a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>)**



**Fuente: elaboración propia**



De esta forma, a nivel general, la variable  $a_1$  (destrezas motoras) ha aumentado como promedio en 2,19 puntos, consiguiendo en el año 2008, 53,07 puntos de una cota máxima de 54 puntos. Esto nos indica que esta variable del (94,22%), que como promedio presentaba en el año 2004, ha pasado al (98,27%) en el año 2008, un aumento de 4,05 puntos<sup>46</sup> (Tabla 16, Gráfico 24), evidenciando un cambio de las conductas adaptativas muy significativo, al reducirse los problemas de conductas en destrezas motoras que aparecía el caso, en nuestra evaluación diagnóstica.

El sujeto 105, que presentaba el valor más bajo en el año 2004, 47 puntos (87,03%) ha pasado a presentar, en el año 2008, 51 puntos (94,44%), lo que representa un aumento del (7,41).

La variable  $a_2$  (destrezas sociales y comunicativas) ha aumentado en 2,30 puntos, como promedio, llegando a los 53 puntos sobre una cota de 57 puntos como máxima a alcanzar cuando no existen problemas de conducta. Esto nos indica que del (88,95%) del total que presentaba el caso en el año 2004, ha pasado al (92,98%) en el año 2008, promediando un aumento del (4,03). Este cambio es muy importante, puesto que en las habilidades sociales y comunicativas es donde más dificultades presentaban estos sujetos (Tabla 16, Gráfico 24).

---

<sup>46</sup> Los datos que se explicitan en este apartado se establecen como puntos porcentuales.

El cambio más espectacular se ha presentado en el sujeto 116, que ostentaba un (77,19%) en sus valores sobre la cota máxima del total en el año 2004, en la recogida de 2008 presenta un (89,47%), evidenciándose un aumento del (12,28).

La variable  $a_3$  (destrezas vida personal) ha aumentado globalmente en 2,82 puntos como promedio, llegando a los 56,23 puntos de una cota máxima de 63 puntos. Esto nos muestra que esta variable del (84,77%) como promedio, del total que presentaba en el año 2004, ha pasado al (89,25%) en el año 2008, haciendo un aumento del (4,48); produciéndose un cambio de las conductas adaptativas. Pero aunque se han reducido los problemas de conductas que aparecían en la evaluación diagnóstica, consideramos que siguen necesitando especial atención, puesto que todavía tienen mucho ámbito para continuar con su mejora. (Tabla 16, Gráfico 24).

La variable  $a_4$  (destrezas vida en la comunidad) ha sido la que más ha aumentado: en 4,95 puntos como promedio, llegando a los 50,53 puntos en la recogida de 2008, cuando su valor máximo es de 57 puntos. Esto nos indica que esta variable del (79,96%) del total que presentaba en el año 2004, ha pasado al (88,64%) en el año 2008; un claro aumento del (8,68) puntos porcentuales, evidenciándose un cambio de las conductas adaptativas muy significativo, al reducirse muchos de los problemas de

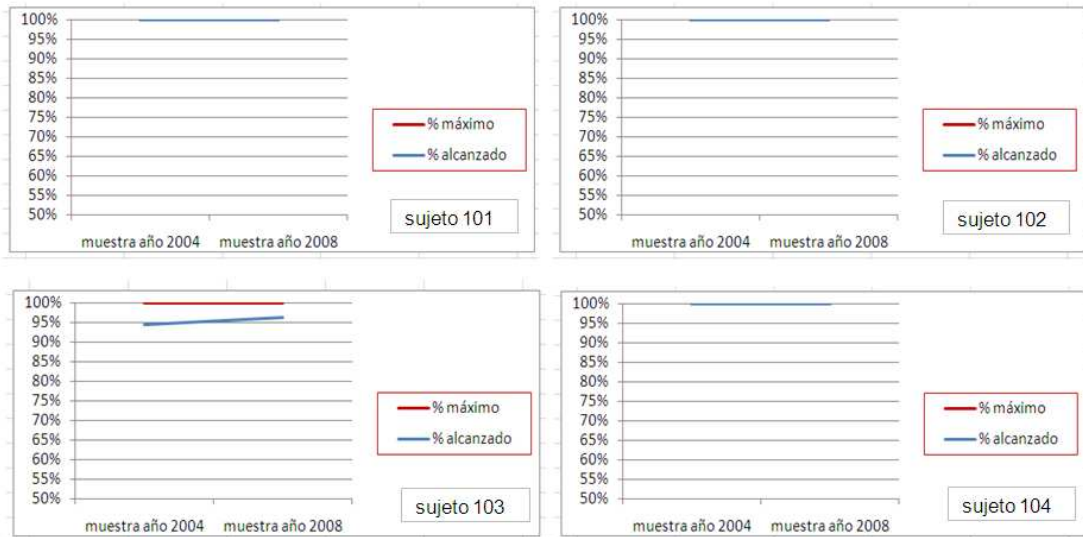
conductas en destrezas de la vida en la comunidad que aparecían en la evaluación diagnóstica (Tabla 16, Gráfico 24).

Después de analizar estas cuatro dimensiones inmersas en el ICAP, podemos decir que la independencia general como promedio de los sujetos colocados a nuestra disposición, han sufrido un aumento positivo en sus valores: 500,15 puntos en el año 2004, sobre los 507,55 del año 2008; un aumento del (1,43), como promedio total de los sujetos (Tabla 16).

En nuestro afán de presentar con más perspicacia o clarividencia el progreso obtenido en cada sujeto, determinado en puntaje y porcentualmente, hemos realizado la yuxtaposición de las variables perteneciente al caso DIP (yudocas), de forma individual, presentándola en los siguientes gráficos.

La línea roja de los gráficos, indica el nivel óptimo de la variable, mientras que la línea azul señala la evolución de esta variable en las recogidas de datos inicial y final. Si en el gráfico sólo se ve la línea azul, significa que los valores del sujeto están en su nivel óptimo, entendiendo que las dos líneas están superpuestas.

**Gráfico 25. Evolución de la variable "destrezas motoras" (a<sub>1</sub>). años 2004 y 2008. (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



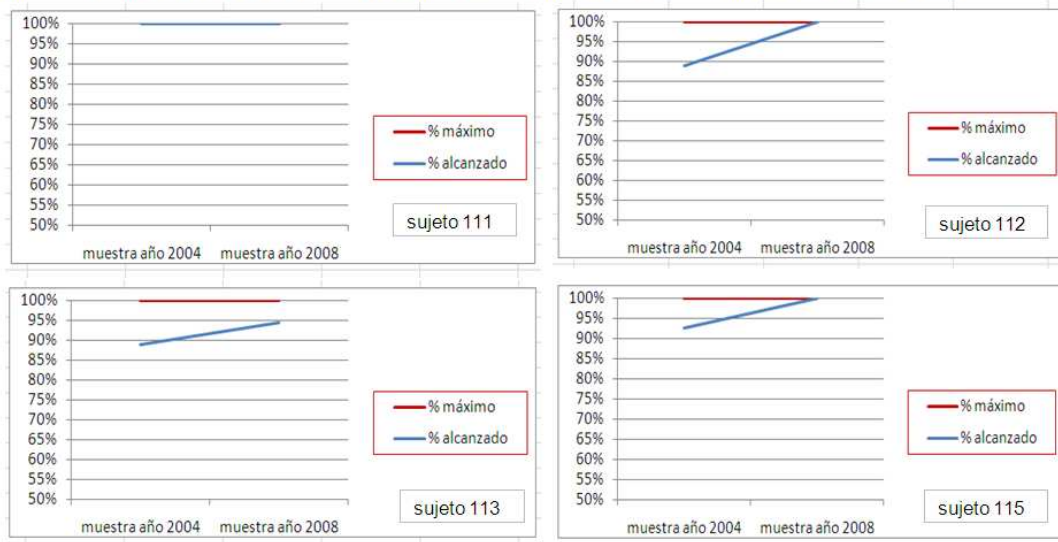
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 26. Evolución de la variable "destrezas motoras" (a<sub>1</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 105, 108, 109 y 110)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 27. Evolución de la variable "destrezas motoras" (a<sub>1</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 111, 112, 113 y 115)**



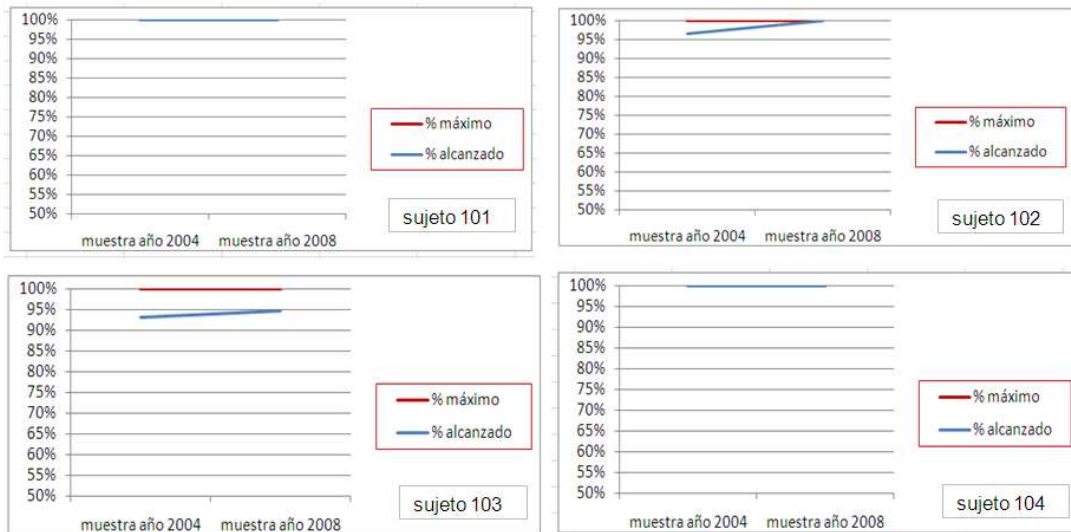
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 28. Evolución de la variable "destrezas motoras" (a<sub>1</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 116 117 )**



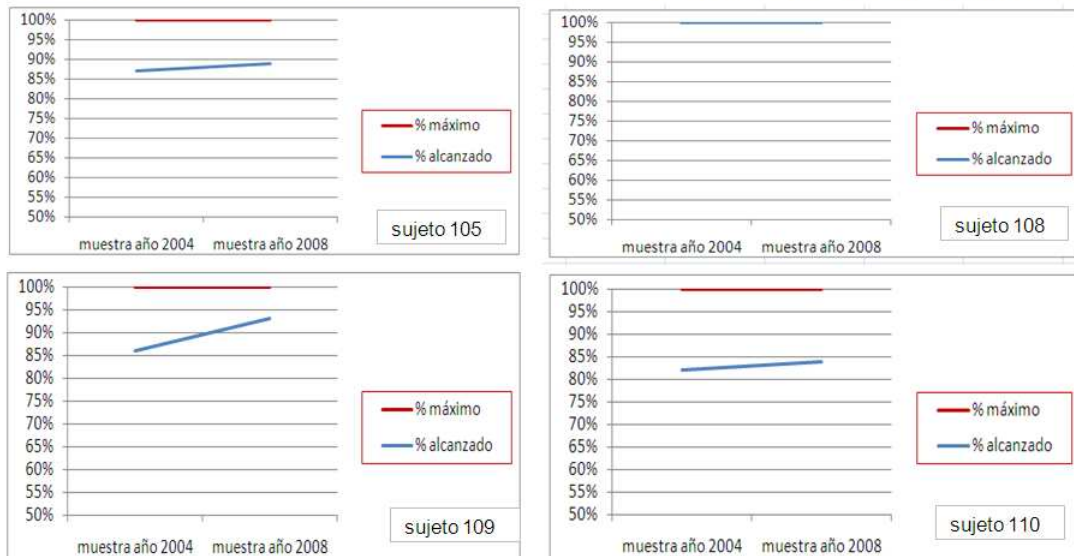
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Gráfico 29. Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" (a<sub>2</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 101, 102, 103 y 104)



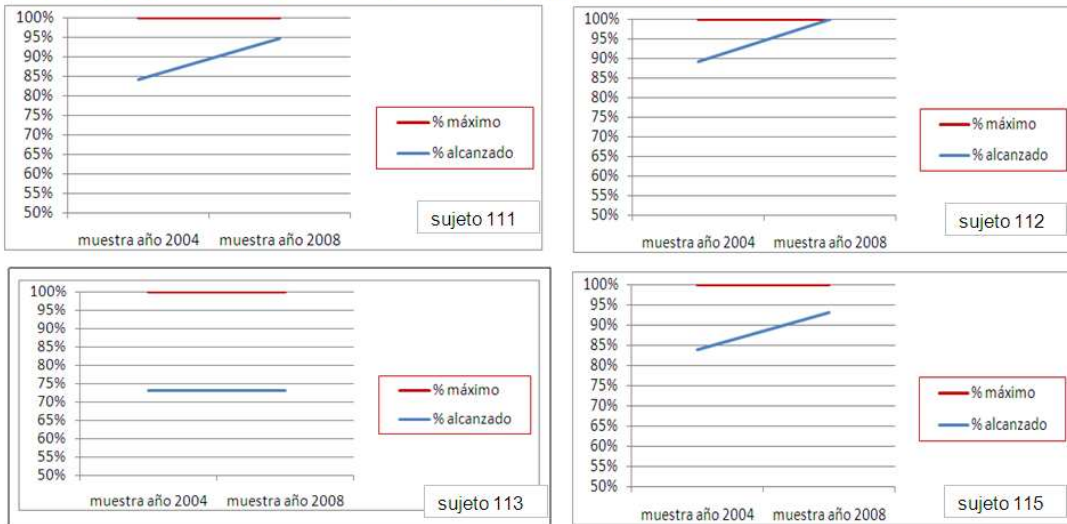
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Gráfico 30. Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" (a<sub>2</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 105, 108, 109 y 110)



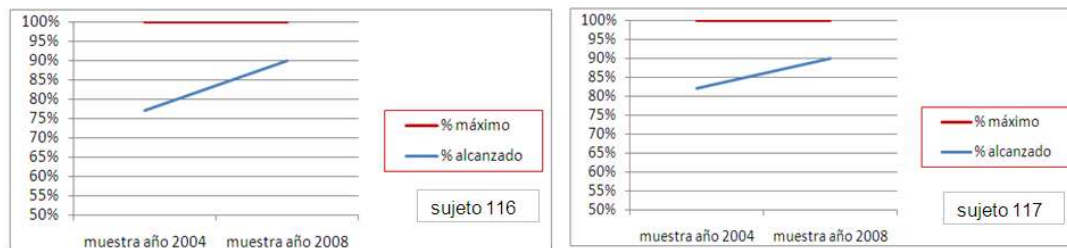
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 31. Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" (a<sub>2</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 111, 112, 113 y 115)**



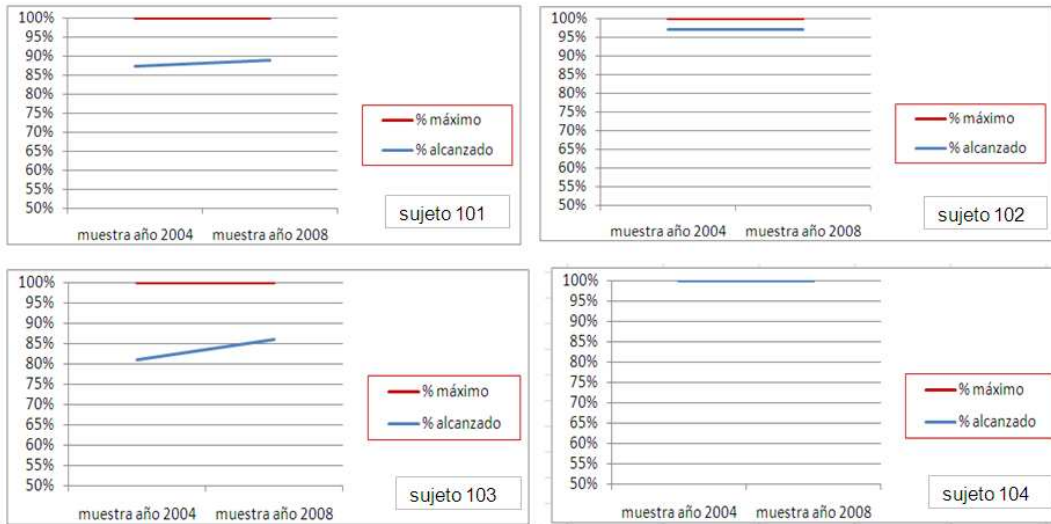
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 32. Evolución de la variable "destrezas sociales y comunicativas" (a<sub>2</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 116 117 )**



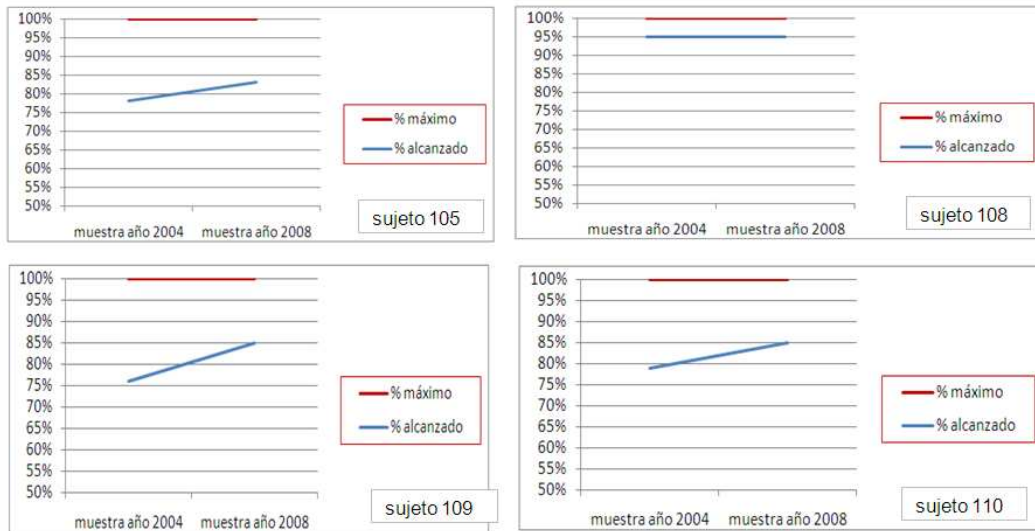
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 33. Evolución de la variable "destrezas vida personal" (a<sub>3</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

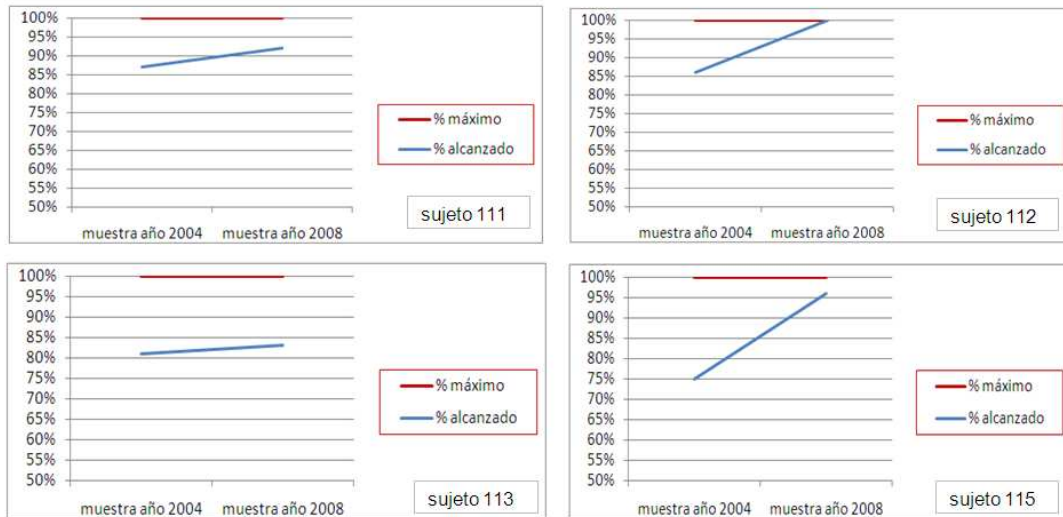
**Gráfico 34. Evolución de la variable "destrezas vida personal" (a<sub>3</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 105, 108, 109 y 110)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP



**Gráfico 35. Evolución de la variable "destrezas vida personal" (a<sub>3</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 111, 112, 113 y 115)**



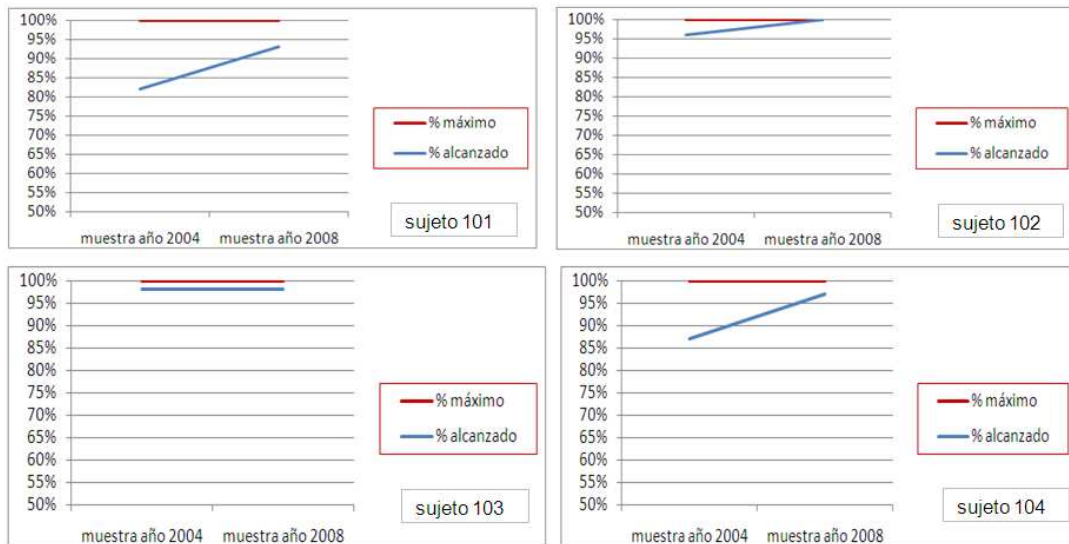
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 36. Evolución de la variable "destrezas vida personal" (a<sub>3</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 116 117 )**



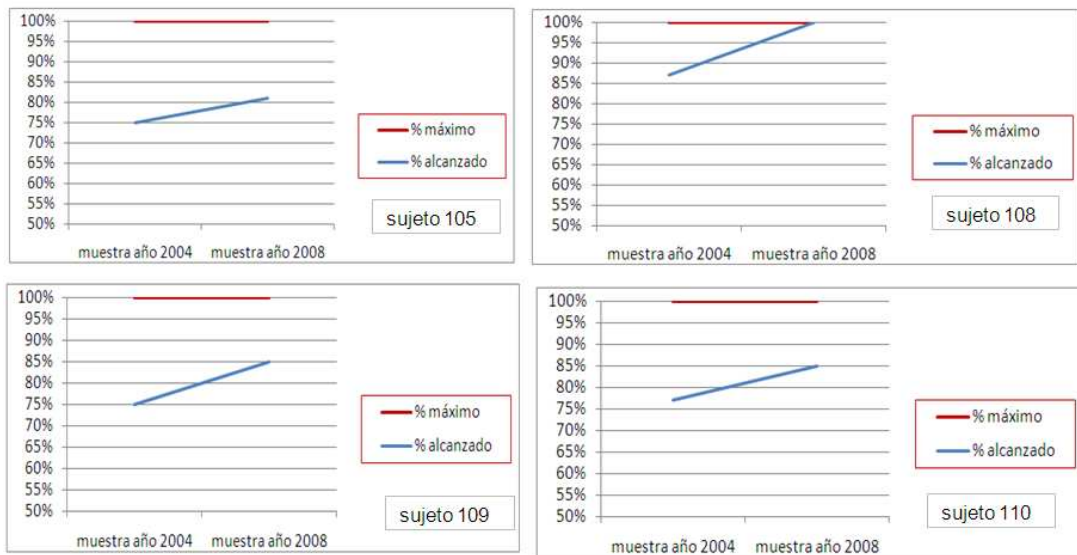
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Gráfico 37. Evolución de la variable "destrezas vida en la comunidad" (a<sub>4</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 101, 102, 103 y 104)



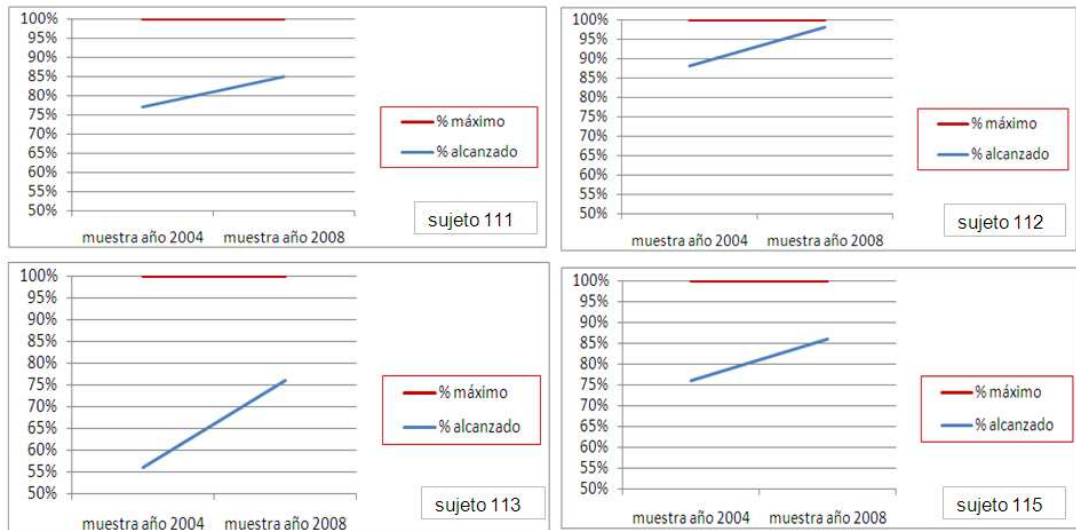
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Gráfico 38. Evolución de la variable "destrezas vida en la comunidad" (a<sub>4</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 105, 108, 109 y 110)



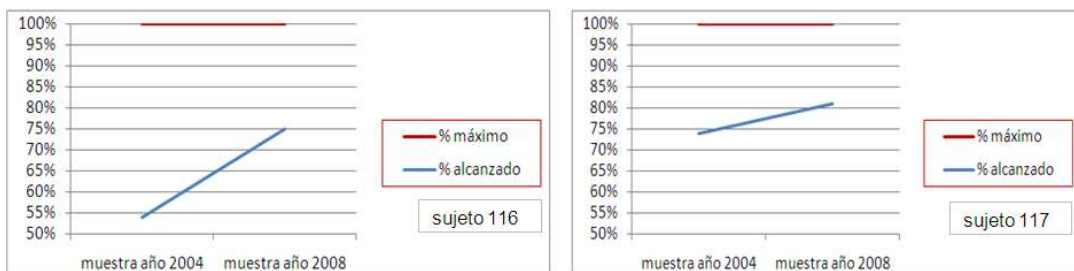
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 39. Evolución de la variable "destrezas vida en la comunidad" (a<sub>4</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 111, 112, 113 y 115)**



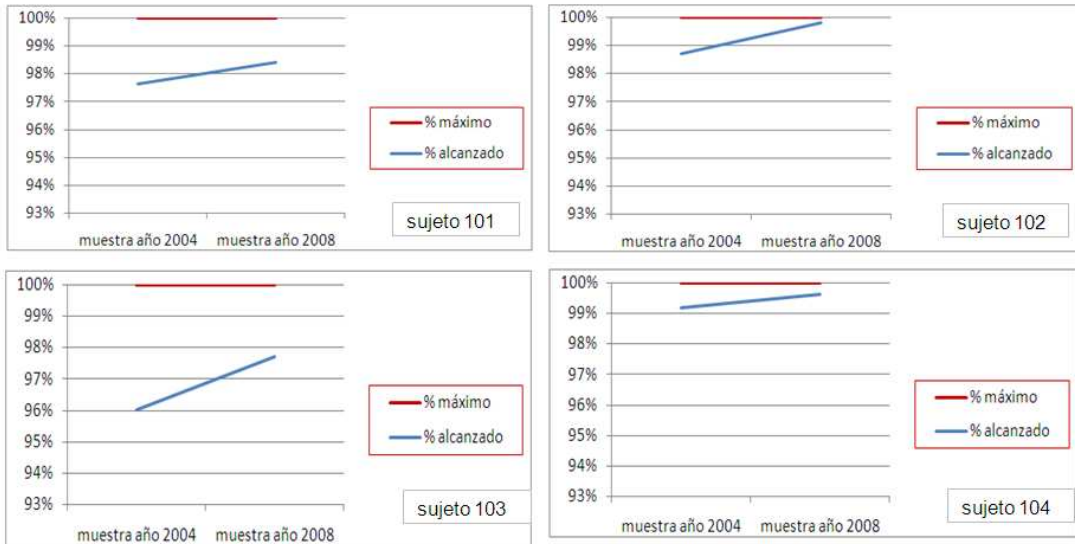
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 40. Evolución de la variable "destrezas vida en la comunidad" (a<sub>4</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 116 y 117)**



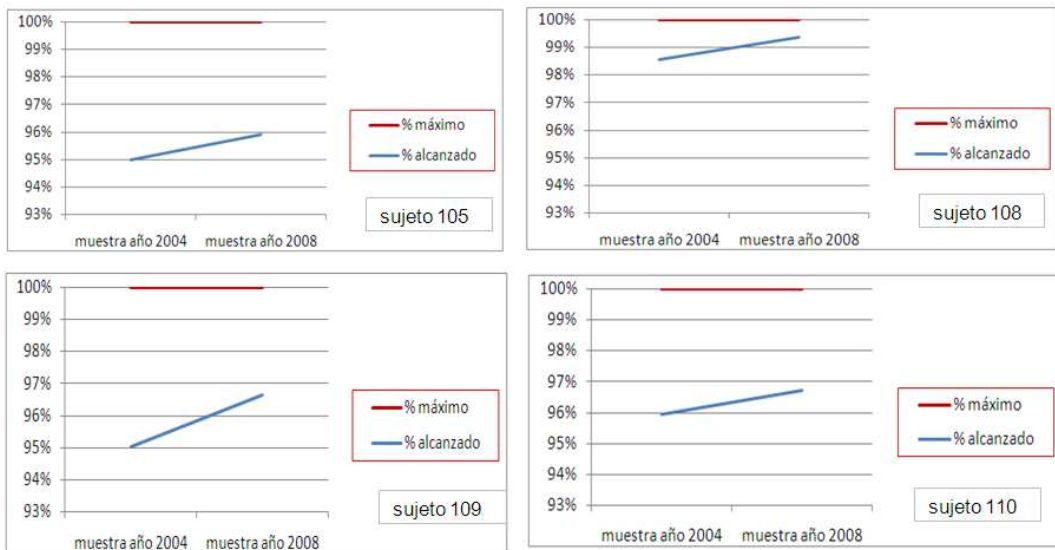
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 41. Evolución de la variable "independencia general" ( $a_{13}$ ). Años 2004 y 2008. (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



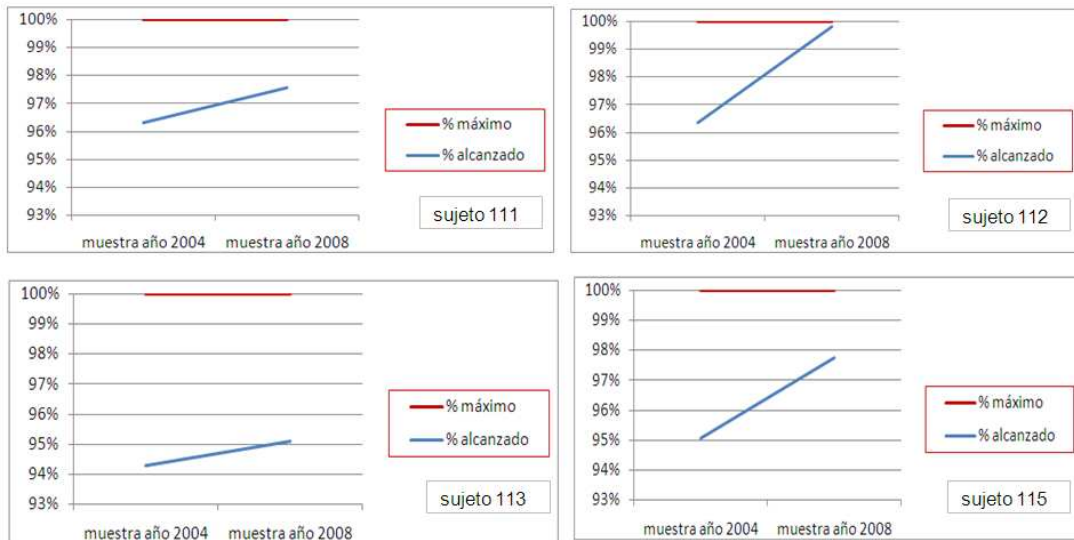
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 42. Evolución de la variable "independencia general" ( $a_{13}$ ). Años 2004 y 2008. (sujetos 105, 108, 109 y 110)**



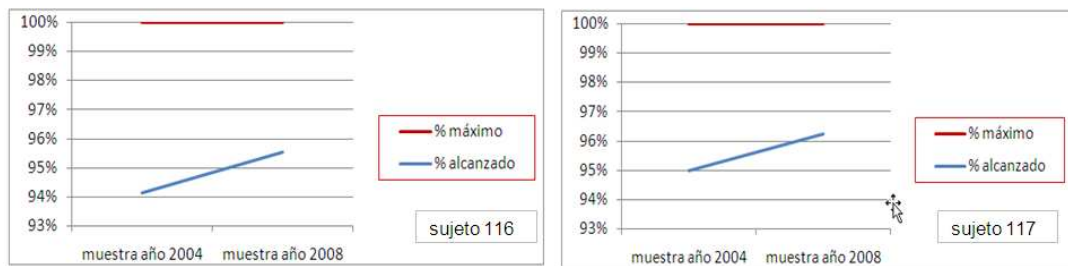
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 43. Evolución de la variable "independencia general" (a<sub>13</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 111, 112, 113 y 115)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

**Gráfico 44. Evolución de la variable "independencia general" (a<sub>13</sub>). Años 2004 y 2008. (sujetos 116 117 )**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del ICAP

Las variables a<sub>5</sub>, a<sub>6</sub>, a<sub>7</sub>, a<sub>8</sub>, a<sub>9</sub>, a<sub>10</sub>, a<sub>11</sub> y a<sub>12</sub> tienen escasas incidencias, en este apartado, por lo que no podemos hacer referencia a su posible cambio de valores; no encontramos importantes problemas generales de conducta en la medición de 2004, tampoco en la de 2008. Aunque tenemos que señalar que sí hemos tenido en cuenta estas variables a nivel particular (sujeto) y que pasaremos a describir más adelante. Estos cambios si bien, como hemos dicho anteriormente, no inciden de manera significativa en el

grupo, sí es importante su evaluación y posterior comparación entre los datos que presentaba, cada sujeto, en la evaluación inicial (2004) y los que presenta en la final (2008). De esta forma, obtendremos información que dará complemento a la historia de vida de cada uno de ellos.

### **1.2.- Análisis cuantitativo del nivel de autoestima.**

Siguiendo el planteamiento comenzado en el capítulo IV, “Evaluación diagnóstica del nivel de autoestima”, establecemos un análisis comparativo para poder determinar la transformación sufrida en cada alumno que ha seguido nuestro programa de intervención “Judo Mental”, en torno al nivel de autoestima. Para ello y, dependiendo del yudoca y su permanencia en el programa, hemos realizado varias recogidas de datos empleando el mismo sistema de recogida que cuando realizamos el análisis en su fase inicial: Inventario de Autoestima de Coopersmith<sup>47</sup>.

En los sujetos del 1 al 10: personas sin discapacidad intelectual que no han seguido el programa (SDI), realizamos 3 comparaciones: una primera, entre los datos recogidos en la recogida de septiembre de 2004 y junio de 2005; otra comparación, entre los datos de la recogida de junio 2005 y mayo 2007; y la última comparación, entre los datos de las recogidas de septiembre de 2004 y mayo 2007. Creemos que con tres recogidas de datos,

---

<sup>47</sup> La organización y el análisis de los datos, lo vamos a realizar a través de los programas informáticos Excel v2003 y SPSS v15. Estos programas son utilizados como instrumento para realizar una gran variedad de análisis estadísticos, informes y tablas numéricas.

es suficiente para poder verificar si el nivel de autoestima de los sujetos ha experimentado algún cambio significativo.

En los sujetos del 11 al 19: personas con discapacidad intelectual que no han seguido el programa de intervención (DI), realizamos 4 comparaciones: una primera, entre los datos recogidos en la recogida de septiembre de 2004 y marzo de 2005; la segunda, entre los datos de la recogida de marzo 2005 y junio 2005; la tercera, entre los datos de la recogida de junio de 2005 y mayo 2007; y la última, entre los datos de la recogida de septiembre de 2004 y mayo de 2007. Consideramos que con estas cuatro recogidas de datos es suficiente para poder comprobar si el nivel de autoestima de estos sujetos ha experimentado algún cambio significativo.

En los sujetos del 101 al 117: personas con discapacidad intelectual que sí han seguido el programa de intervención (DIP), realizamos 5 recogidas de datos con sus análisis comparativos pertinentes: el primer análisis de comparación, lo realizamos con los datos recogidos en septiembre del 2004 y los recogidos en marzo del 2005; el segundo análisis se realiza con los datos recogidos en marzo del 2005 y los de junio del 2005, en el tercer análisis comparamos los datos recogidos en junio 2005 y los datos de marzo del 2006. La cuarta comparación la realizamos sobre los datos de marzo del 2006 y los de mayo del 2007.

Para poder comprobar todo el proceso de evaluación en el nivel de autoestima de los alumnos, efectuamos una última comparación con los datos de la evaluación inicial (septiembre del 2004) y la evaluación final (mayo del 2007). Con esto, pretendemos cuantificar el aumento de autoestima que han experimentado las recogidas de datos, una vez finalizado el desarrollo de nuestro programa de intervención “Judo Mental”.

### 1.2.1.- Datos obtenidos

Tabla 17. Nivel de autoestima. Datos globales (Caso SDI)

sujetos	edad	sexo	nivel de apoyo	Nivel de autoestima		
				sep-04	jun-05	may-07
sujeto 1	23	varón		84%	86%	86%
sujeto 2	33	mujer		82%	88%	84%
sujeto 3	25	varón		86%	88%	90%
sujeto 4	31	varón		88%	86%	86%
sujeto 5	46	varón		78%	80%	80%
sujeto 6	37	mujer		90%	88%	86%
sujeto 7	34	varón		70%	76%	76%
sujeto 8	17	varón		60%	62%	64%
sujeto 9	40	mujer		96%	92%	94%
sujeto 10	26	varón		86%	90%	88%
<b>valor max.</b>	46		<b>valor max.</b>	96%	92%	94%
<b>valor min.</b>	17		<b>valor min.</b>	60%	62%	64%
<b>rango</b>	29		<b>rango</b>	36%	30%	30%
<b>Promedio</b>	32		<b>Media Geom.</b>	81,35%	83,11%	82,98%
<b>des. Tip</b>	8,66		<b>des. Tip</b>	9,87	8,47	8,00

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de Autoestima



**Tabla 18. Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso SDI)**

<b>sujetos</b>	<b>Sept./04 y Jun./05</b>	<b>Jun./05 y May./07</b>	<b>Sept./04 y May./07</b>
sujeto 1	2	0	2
sujeto 2	6	-4	2
sujeto 3	2	2	4
sujeto 4	-2	0	-2
sujeto 5	2	0	2
sujeto 6	-2	-2	-4
sujeto 7	6	0	6
sujeto 8	2	2	4
sujeto 9	-4	2	-2
sujeto 10	4	-2	2
<b>Promedios</b>	<b>2</b>	<b>-1</b>	<b>-1</b>

**Fuente:** elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de Autoestima

**Tabla 19. Nivel de autoestima. Datos globales (Caso DI)**

<b>sujeto</b>	<b>edad</b>	<b>sexo</b>	<b>nivel de apoyo</b>	<b>Nivel de autoestima</b>			
				<b>sep-04</b>	<b>mar-05</b>	<b>jun-05</b>	<b>may-07</b>
sujeto 11	32	varón	intermitente	90%	82%	88%	84%
sujeto 12	28	mujer	intermitente	68%	64%	68%	70%
sujeto 13	32	mujer	limitado	52%	52%	54%	56%
sujeto 14	28	mujer	intermitente	62%	68%	66%	64%
sujeto 15	34	varón	intermitente	86%	80%	84%	84%
sujeto 16	27	mujer	intermitente	76%	66%	72%	74%
sujeto 17	34	mujer	intermitente	62%	66%	72%	68%
sujeto 18	34	mujer	intermitente	72%	72%	70%	68%
sujeto 19	29	mujer	intermitente	68%	68%	70%	72%
<b>valor max.</b>	34		<b>valor max.</b>	90%	82%	88%	84%
<b>valor min.</b>	27		<b>valor min.</b>	52%	52%	54%	56%
<b>rango</b>	7		<b>rango</b>	38%	30%	34%	28%
<b>Promedio</b>	30,88		<b>Media Geom.</b>	69,76%	68,14%	70,94%	70,61%
<b>des. Tip</b>	2,89		<b>des. Tip</b>	12,00	8,37	9,32	8,43

**Fuente:** elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de Autoestima

Tabla 20. Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso DI)

sujetos	Sept./04 y Mar./05	Mar./05 y Jun./05	Jun./05 y May./07	Sept./04 y May./07
sujeto 11	8	6	-4	-6
sujeto 12	-4	4	2	2
sujeto 13	0	2	2	4
sujeto 14	6	-2	-2	2
sujeto 15	-6	4	0	-2
sujeto 16	-1	6	2	-2
sujeto 17	4	6	-4	6
sujeto 18	0	-2	-2	-4
sujeto 19	0	2	2	4
<b>Promedios</b>	3	3	0	0

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima

Tabla 21. Nivel de autoestima. Datos globales (Caso DIP)

sujetos	edad	sexo	nivel de apoyo	Nivel de autoestima				
				sep-04	mar-05	jun-05	mar-06	may-07
sujeto 101	22	varón	limitado	50%	60%	66%	66%	78%
sujeto 102	23	mujer	intermitente	58%	52%	60%	74%	
sujeto 103	36	varón	limitado	52%	60%	72%	74%	72%
sujeto 104	24	varón	intermitente	54%	66%	76%	76%	90%
sujeto 105	37	mujer	limitado	64%	62%	86%	84%	90%
sujeto 106	18	varón	intermitente	52%	64%	66%		
sujeto 107	20	varón	intermitente	60%	72%	70%	74%	
sujeto 108	20	varón	limitado	56%	70%	78%	78%	82%
sujeto 109	49	varón	limitado	54%	58%	64%	74%	78%
sujeto 110	28	mujer	limitado	54%	52%	52%	58%	64%
sujeto 111	23	varón	limitado		60%	62%	68%	72%
sujeto 112	30	varón	intermitente		60%	62%	74%	80%
sujeto 113	25	mujer	limitado		44%	42%	52%	54%
sujeto 114	23	varón	limitado		62%	72%	74%	
sujeto 115	39	mujer	intermitente			72%	76%	92%
sujeto 116	25	varón	limitado				68%	84%
sujeto 117	33	mujer	limitado				66%	80%
<b>valor max.</b>	49		<b>valor max.</b>	64%	72%	86%	84%	92%
<b>valor min.</b>	18		<b>valor min.</b>	50%	44%	42%	52%	54%
<b>rango</b>	31		<b>rango</b>	14%	28%	44%	32%	38%
<b>Promedio</b>	27		<b>Media Geom.</b>	55,26%	59,71%	65,79%	70,56%	77,40%
<b>des. Tip</b>	8,07662268		<b>des. Tip</b>	4,00	7,02	10,35	7,58	10,33

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de Autoestima

**Tabla 22. Comparación entre recogidas. Nivel de autoestima (Caso DIP)**

<b>sujetos</b>	<b>Sept./04 y Mar./05</b>	<b>Mar./05 y Jun./05</b>	<b>Jun./05 y Mar./06</b>	<b>Mar./06 y May./07</b>	<b>Sept./04 y May./07</b>
sujeto 101	10	6	0	12	28
sujeto 102	-6	8	14	0	16
sujeto 103	8	12	2	-2	2
sujeto 104	12	10	0	14	26
sujeto 105	-2	24	-2	6	26
sujeto 106	12	2	0	0	14
sujeto 107	12	-2	4	0	14
sujeto 108	14	8	0	4	26
sujeto 109	4	6	10	4	24
sujeto 110	-2	0	6	6	10
sujeto 111	0	2	6	4	12
sujeto 112	0	2	12	6	20
sujeto 113	0	-2	10	2	10
sujeto 114	0	10	2	0	12
sujeto 115	0	0	4	16	20
sujeto 116	0	0	0	16	16
sujeto 117	0	0	0	14	14
<b>Promedios</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>22</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima

### **Caso SDI**

Este caso, (Personas sin discapacidad intelectual que no han seguido el programa de “Judo Mental”) no requiere mas valoración que la de ser un grupo control y que nos aporta los niveles que una persona sin discapacidad intelectual y sin problemas psicológicos, puede presentar, en cuanto a autoestima en sus distintas variables, se refiere <sup>(Tablas 17 y 18)</sup>. Estos datos tratan de evidenciar la “norma general” y el punto final hacia donde dirigir nuestros objetivos, para llegar a que las diferencias entre los datos de las recogidas, no sean cuantiosas.

La media geométrica del nivel total de autoestima (variable  $b_5$ ) de los sujetos es: 82%, 84% y 83%. Esto nos indica que no existen diferencias entre las recogidas de datos. Luego, el nivel de autoestima de los casos no ha sufrido variación entre septiembre de 2004 y mayo de 2007. Parece razonable indicar que cuando los sujetos no presentan discapacidad intelectual y no tienen problemas específicos<sup>48</sup>, el nivel de autoestima se mantiene estable.

### **Caso DI**

Este caso corresponde a personas, en su mayoría, con discapacidad intelectual con una intensidad de apoyos intermitente (8 de 9 participantes), que no han seguido el programa de intervención "Judo Mental". Podemos observar que la desviación típica de las diferentes recogidas de datos no presenta un cambio sustancial entre ellas: 12,00, 8,37, 9,32 y 8,43 (Tabla 19). Esto nos indica que los cambios en los datos de todos los participantes, no han variado significativamente.

La media geométrica del nivel total de autoestima también indican pocos cambios significativos: 69,76%, 68,14%, 70,94 y 70,61%. Estos datos evidencian que los sujetos han mantenido su nivel de autoestima más o

---

<sup>48</sup> En todos los sujetos incorporados en este caso, hemos mantenido un contacto bastante asiduo a lo largo de esta investigación, ya que son compañeros de trabajo del investigador. De esta forma, hemos podido comprobar que su vida en las dimensiones física, psíquica y emocional no ha cambiado significativamente.

menos estable, durante los años en los que hemos desarrollado este trabajo de investigación.

Adentrándonos más en las comparaciones de los datos individuales en las diferentes recogidas (septiembre 2004, marzo 2005, junio 2005 y junio 2007) (Tabla 20), vemos que los valores más extremos se encuentran en -6% del sujeto 11 y +6% en el sujeto 17. Por lo cual, las diferencias entre estas recogidas no son importantes y nos evidencian que, cuando una persona con discapacidad intelectual con apoyos intermitentes o limitados, se encuentra en un determinado nivel de autoestima, éste no varía significativamente si sus circunstancias físicas, psíquicas y/o emocionales tampoco lo hacen<sup>49</sup>.

### **Caso DIP**

En este colectivo (Personas con discapacidad intelectual que han seguido el programa intervención de “Judo Mental”) tenemos que resaltar que las recogidas de datos, han sido desiguales en algunos participantes (Tablas 21 y 22). Esto ha sido ocasionado por el ofrecimiento de mantener un programa abierto a lo largo de todo nuestro trabajo de investigación y que, a nuestro parecer, se debía producir. Así, hay participantes que se

---

<sup>49</sup> En todos los sujetos incorporados en este caso, hemos mantenido un contacto bastante importante, a través de sus tutores. De esta forma, hemos podido comprobar que su vida en las dimensiones física, psíquica y emocional no ha cambiado significativamente durante los años en los que hemos recogido los datos.

incorporaron al principio del programa (sujetos del 101 al 110) y otros que lo han hecho una vez desarrollado parte del mismo (sujetos del 111 al 117). Aunque pensamos que esto, no ha influido en los resultados pertinentes, sino todo lo contrario: las incorporaciones de nuevos elementos personales dentro de un programa ya comenzado enriquecen el propio programa, ya que los nuevos contenidos se incorporan en el proceso enseñanza-aprendizaje en un ambiente de colaboración entre todos los participantes del programa.

De la comparación de los datos que nos han proporcionado los resultados, podemos observar que la desviación típica de las diferentes recogidas de datos, sí presenta un cambio sustancial de sus valores entre ellas: 4,00, 7,02, 10,35, 7,58, 10,33, evidenciando que las recogidas de datos se han efectuado con diferentes participantes en cada una de ellas. Aunque si podemos afirmar que sus no han obtenido una diferencia tan significativa como para tener que ser analizados y valorados en otro apartado de este trabajo.

En cuanto a la diferencia entre los datos de las diferentes recogidas, debemos resaltar que todos los participantes han presentado un cambio de nivel de autoestima total satisfactorio, destacando principalmente los sujetos 101, 104, 105, 108 y 109, cuyo aumento en su nivel de autoestima ha sido

espectacular llegando a producirse un aumento de 36 puntos porcentuales en el participante 104 entre la primera recogida y la última.

La media geométrica de los datos de las recogidas, en cuanto al nivel de autoestima se refiere, también es significativa: en estos años el aumento de la media general de los sujetos ha aumentado 22,20 puntos porcentuales, con un progreso del 55,20%, 59,71%, 65,79%, 70,56% y 77,40%, para cada recogida.

### **1.2.2.- Yuxtaposición de variables**

La yuxtaposición de variables nos va a permitir obtener una visión parcelada del nivel de autoestima, a través de la descomposición del total del nivel de autoestima en las variables general, social, familiar y laboral, aconsejadas por Brickmann, Segure y Solar (1989). Esto nos capacita para comprobar en qué dimensión está incidiendo nuestro programa y qué intensidad tiene esa incidencia.

La comparación que realizamos a continuación, nos ofrece con más claridad la evolución de las variables entre las distintas recogidas de datos. Esta comparación se realiza individualmente: los datos del participante 101 de la primera recogida, son comparados con los que proporcione las siguientes, y así con los demás sujetos.

Siguiendo la propuesta realizada en su trabajo Bolívar, Domingo y Fernández (2001), entendemos que esta comparación nos permite una aportación necesaria y complementaria a la historia de vida que realiza, como relato oral, cada participante que ha interactuado con el programa de intervención y sujeto a investigación.

Debido a la cantidad de datos que tenemos que presentar y a la imposibilidad que juntarlos todos en una misma tabla, hemos desglosado los mismos en varias <sup>(Tablas 23-28)</sup>. De este modo podemos observar con más detalle los datos de cada participante.

El primer dígito que aparece en la celda correspondiente a cada variable, indica el número de respuestas ofrecidas por el yudoca en el inventario y, el segundo, al porcentaje que se tiene que añadir a la variable total ( $b_5$ ). Por ej.: en la Tabla 16, la celda correspondiente a los datos de la variable "General" ( $b_1$ ) del participante 101, en la recogida del 29/09/2004: el número 16 nos indica que este sujeto ha acertado 16 respuestas y esto equivale a un 32% del total de la variable. Así, el total de su variable ( $b_5$ ) se compone del 32% de la variable ( $b_1$ ) + lo correspondiente a las variables ( $b_2$ ), ( $b_3$ ) y ( $b_4$ ) del mismo sujeto.



**Tabla 23. Totales de las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub>, b<sub>4</sub> y b<sub>5</sub> (sujetos 101, 102 y 103)**

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 101</b>					
General (b <sub>1</sub> )	16 (32%)	18 (36%)	20 (40%)	20 (40%)	22 (44%)
Social (b <sub>2</sub> )	3 (6%)	4 (8%)	4 (8%)	5 (10%)	7 (14%)
Familiar (b <sub>3</sub> )	3 (6%)	4 (8%)	3 (6%)	1 (2%)	4 (8%)
Laboral (b <sub>4</sub> )	3 (6%)	4 (8%)	6 (12%)	7 (14%)	6 (12%)
Total (b <sub>5</sub> )	25 (50%)	30 (60%)	33 (66%)	33 (66%)	39 (78%)
<b>sujeto 102</b>					
General (b <sub>1</sub> )	16 (32%)	13 (26%)	16 (32%)	20 (40%)	
Social (b <sub>2</sub> )	5 (10%)	4 (8%)	3 (6%)	6 (12%)	
Familiar (b <sub>3</sub> )	5 (10%)	5 (10%)	6 (12%)	5 (10%)	
Laboral (b <sub>4</sub> )	3 (6%)	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)	
Total (b <sub>5</sub> )	29 (58%)	26 (52%)	30 (60%)	37 (74%)	
<b>sujeto 103</b>					
General (b <sub>1</sub> )	14 (28%)	16 (32%)	18 (36%)	18 (36%)	16 (32%)
Social (b <sub>2</sub> )	4 (8%)	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)
Familiar (b <sub>3</sub> )	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)	7 (14%)	7 (14%)
Laboral (b <sub>4</sub> )	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	7 (14%)
Total (b <sub>5</sub> )	26 (52%)	30 (60%)	36 (72%)	37 (74%)	36 (72%)

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

**Tabla 24. Totales de las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub>, b<sub>4</sub> y b<sub>5</sub> (sujetos 104, 105 y 106)**

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 104</b>					
General (b <sub>1</sub> )	14 (28%)	18 (36%)	19 (38%)	20 (40%)	22 (44%)
Social (b <sub>2</sub> )	4 (8%)	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)	8 (16%)
Familiar (b <sub>3</sub> )	5 (10%)	5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	7 (14%)
Laboral (b <sub>4</sub> )	4 (8%)	6 (12%)	7 (14%)	6 (12%)	8 (16%)
Total (b <sub>5</sub> )	27 (54%)	33 (66%)	38 (76%)	38 (76%)	45 (90%)
<b>sujeto 105</b>					
General (b <sub>1</sub> )	18 (36%)	18 (36%)	23 (46%)	22 (44%)	24 (48%)
Social (b <sub>2</sub> )	4 (8%)	4 (8%)	7 (14%)	7 (14%)	8 (16%)
Familiar (b <sub>3</sub> )	4 (8%)	5 (10%)	7 (14%)	7 (14%)	8 (16%)
Laboral (b <sub>4</sub> )	6 (12%)	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)	5 (10%)
Total (b <sub>5</sub> )	32 (64%)	31 (62%)	43 (86%)	42 (84%)	45 (90%)
<b>sujeto 106</b>					
General (b <sub>1</sub> )	16 (32%)	19 (38%)	18 (36%)		
Social (b <sub>2</sub> )	4 (8%)	6 (12%)	5 (10%)		
Familiar (b <sub>3</sub> )	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)		
Laboral (b <sub>4</sub> )	2 (4%)	2 (4%)	4 (8%)		
Total (b <sub>5</sub> )	26 (52%)	32 (64%)	33 (66%)		

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Tabla 25. Totales de las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$ ,  $b_4$  y  $b_5$  (sujetos 107, 108 y 109)

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 107</b>					
General ( $b_1$ )	16 (32%)	19 (38%)	19 (38%)	20 (40%)	
Social ( $b_2$ )	5 (10%)	6 (12%)	5 (10%)	6 (12%)	
Familiar ( $b_3$ )	5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	5 (10%)	
Laboral ( $b_4$ )	4 (8%)	5 (10%)	5 (10%)	6 (12%)	
Total ( $b_5$ )	30 (60%)	36 (72%)	35 (70%)	37 (74%)	
<b>sujeto 108</b>					
General ( $b_1$ )	13 (26%)	18 (36%)	20 (40%)	22 (44%)	23 (46%)
Social ( $b_2$ )	5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)
Familiar ( $b_3$ )	5 (10%)	5 (10%)	6 (12%)	5 (10%)	5 (10%)
Laboral ( $b_4$ )	5 (10%)	6 (12%)	7 (14%)	6 (12%)	7 (14%)
Total ( $b_5$ )	28 (56%)	35 (70%)	39 (78%)	39 (78%)	41 (82%)
<b>sujeto 109</b>					
General ( $b_1$ )	16 (32%)	17 (34%)	18 (36%)	20 (40%)	20 (40%)
Social ( $b_2$ )	4 (8%)	4 (8%)	5 (10%)	5 (10%)	6 (12%)
Familiar ( $b_3$ )	5 (10%)	5 (10%)	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)
Laboral ( $b_4$ )	2 (4%)	3 (6%)	5 (10%)	6 (12%)	7 (14%)
Total ( $b_5$ )	27 (54%)	29 (58%)	32 (64%)	37 (74%)	39 (78%)

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Tabla 26. Totales de las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$ ,  $b_4$  y  $b_5$  (sujetos 110, 111 y 112)

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 110</b>					
General ( $b_1$ )	14 (28%)	13 (26%)	12 (24%)	13 (26%)	18 (36%)
Social ( $b_2$ )	4 (8%)	4 (8%)	4 (8%)	4 (8%)	4 (8%)
Familiar ( $b_3$ )	5 (10%)	4 (8%)	4 (8%)	6 (12%)	4 (8%)
Laboral ( $b_4$ )	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)
Total ( $b_5$ )	27 (54%)	26 (52%)	26 (52%)	29 (58%)	32 (64%)
<b>sujeto 111</b>					
General ( $b_1$ )		15 (30%)	14 (28%)	17 (34%)	18 (36%)
Social ( $b_2$ )		5 (10%)	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)
Familiar ( $b_3$ )		5 (10%)	6 (12%)	5 (10%)	5 (10%)
Laboral ( $b_4$ )		5 (10%)	7 (14%)	6 (12%)	7 (14%)
Total ( $b_5$ )		30 (60%)	31 (62%)	34 (68%)	36 (72%)
<b>sujeto 112</b>					
General ( $b_1$ )		18 (36%)	18 (36%)	20 (40%)	21 (42%)
Social ( $b_2$ )		4 (8%)	4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)
Familiar ( $b_3$ )		5 (10%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)
Laboral ( $b_4$ )		3 (6%)	3 (6%)	6 (12%)	7 (14%)
Total ( $b_5$ )		30 (60%)	31 (62%)	37 (74%)	40 (80%)

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

**Tabla 27. Totales de las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub>, b<sub>4</sub> y b<sub>5</sub> (sujetos 113, 114 y 115)**

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 113</b>					
General (b <sub>1</sub> )		11 (22%)	12 (24%)	13 (26%)	13 (26%)
Social (b <sub>2</sub> )		3 (6%)	2 (4%)	4 (8%)	4 (8%)
Familiar (b <sub>3</sub> )		4 (8%)	4 (8%)	6 (12%)	4 (8%)
Laboral (b <sub>4</sub> )		4 (8%)	3 (6%)	3 (6%)	6 (12%)
Total (b <sub>5</sub> )		22 (44%)	21 (42%)	26 (52%)	27 (54%)
<b>sujeto 114</b>					
General (b <sub>1</sub> )		20 (40%)	21 (42%)	21 (42%)	
Social (b <sub>2</sub> )		4 (8%)	6 (12%)	5 (10%)	
Familiar (b <sub>3</sub> )		4 (8%)	5 (10%)	6 (12%)	
Laboral (b <sub>4</sub> )		3 (6%)	4 (8%)	5 (10%)	
Total (b <sub>5</sub> )		31 (62%)	36 (72%)	37 (74%)	
<b>sujeto 115</b>					
General (b <sub>1</sub> )			16 (32%)	18 (36%)	24 (48%)
Social (b <sub>2</sub> )			5 (10%)	5 (10%)	7 (14%)
Familiar (b <sub>3</sub> )			8 (16%)	8 (16%)	8 (16%)
Laboral (b <sub>4</sub> )			7 (14%)	7 (14%)	7 (14%)
Total (b <sub>5</sub> )			36 (72%)	38 (76%)	46 (92%)

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

**Tabla 28. Totales de las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub>, b<sub>4</sub> y b<sub>5</sub> (sujetos 116 y 117)**

Fechas de las recogidas de muestras					
sujetos	29/09/2004	18/03/2005	17/06/2005	03/03/2006	23/05/2007
<b>sujeto 116</b>					
General (b <sub>1</sub> )				17 (34%)	21 (42%)
Social (b <sub>2</sub> )				6 (12%)	7 (14%)
Familiar (b <sub>3</sub> )				5 (10%)	8 (16%)
Laboral (b <sub>4</sub> )				6 (12%)	6 (12%)
Total (b <sub>5</sub> )				34 (68%)	42 (84%)
<b>sujeto 117</b>					
General (b <sub>1</sub> )				18 (36%)	23 (46%)
Social (b <sub>2</sub> )				5 (10%)	6 (12%)
Familiar (b <sub>3</sub> )				5 (10%)	6 (12%)
Laboral (b <sub>4</sub> )				5 (10%)	5 (10%)
Total (b <sub>5</sub> )				33 (66%)	40 (80%)

Fuente: elaboración propia, a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith

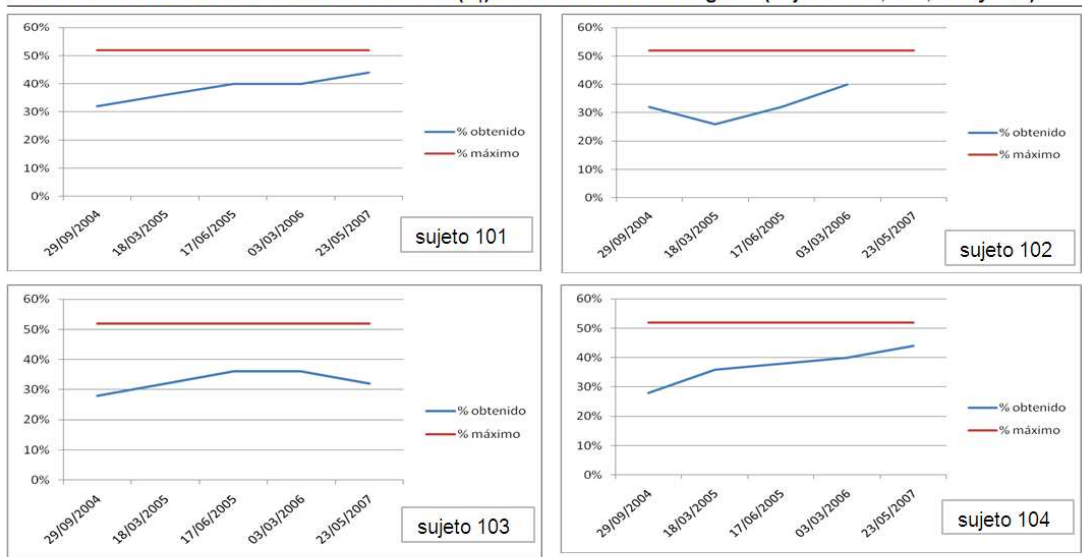
Seguimos presentando la evolución de las variables, ahora en gráficos.

En este apartado sucede como con las tablas anteriores. Así y debido a la

cantidad de datos que tenemos que presentar y a la imposibilidad que juntarlos todos en un mismo gráfico, hemos desglosado los mismos en varios. (Gráficos 45-64)

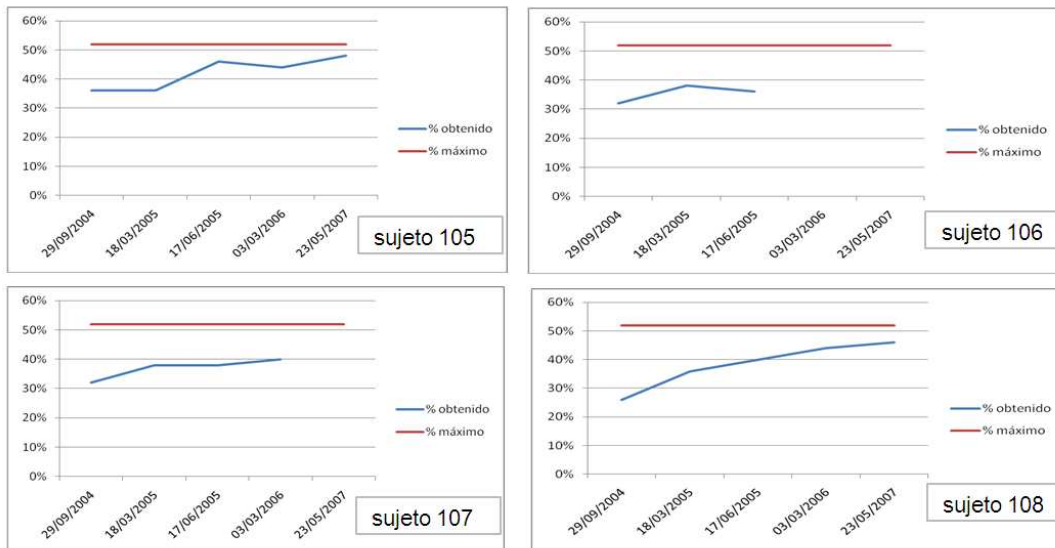
La primera línea del gráfico, en rojo, marca la línea horizontal del nivel óptimo de autoestima en esa variable, mientras que la línea azul, indica la evolución del nivel de autoestima del sujeto. Por ej.: en el gráfico 45, sujeto 101, podemos apreciar como el nivel de autoestima de la variable “General” ( $b_1$ ) tiende a acercarse al nivel óptimo de autoestima, a medida que este sujeto va interactuando con el programa, hasta llegar casi a tocarse en la última recogida de datos correspondiente al 23 de mayo del 2007.

**Gráfico 45. Evolución de la variable "General" ( $b_1$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



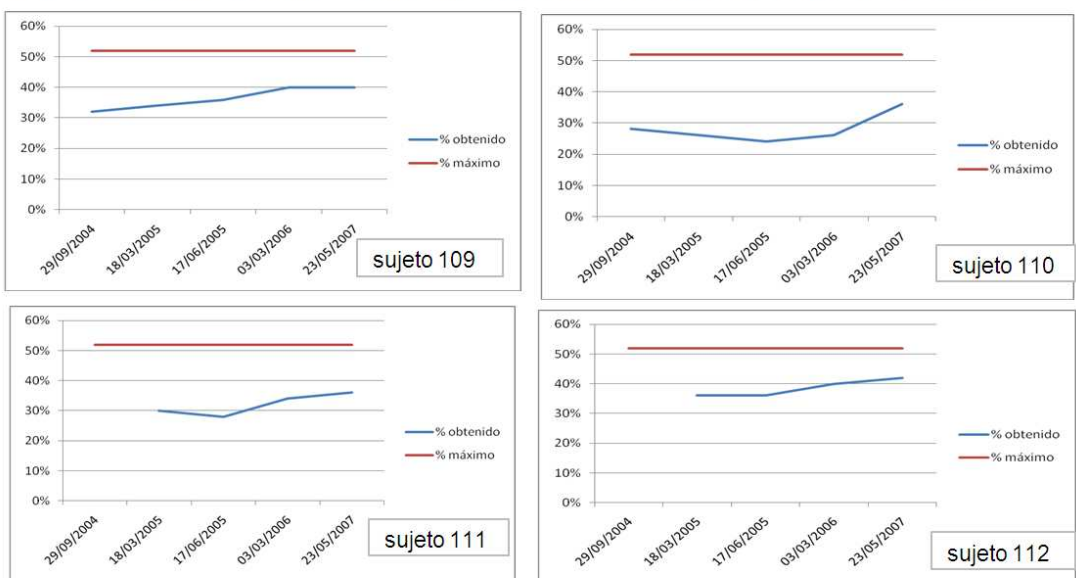
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 46. Evolución de la variable "General" ( $b_1$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 105, 106, 107 y 108)**



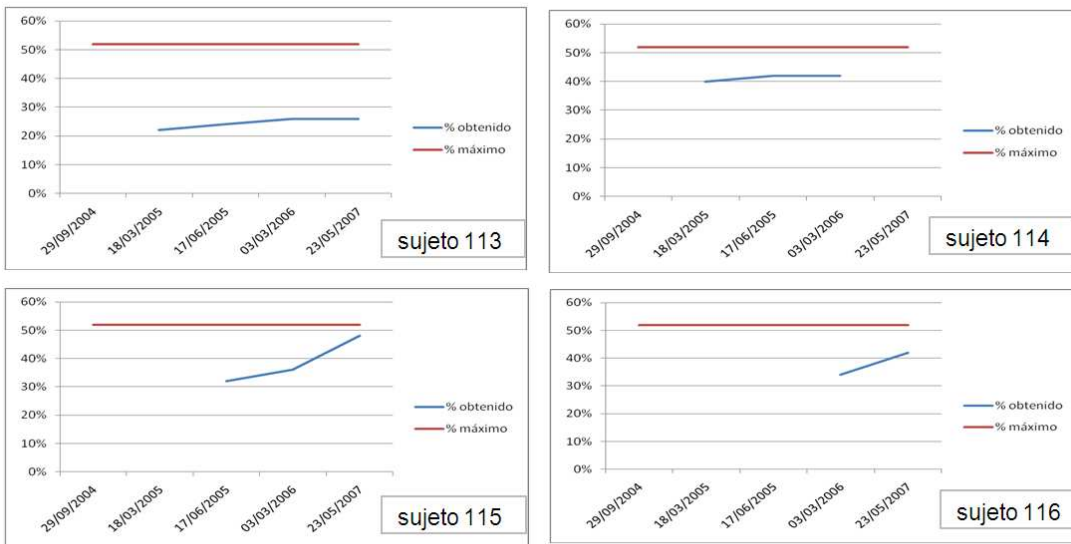
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 47. Evolución de la variable "General" ( $b_1$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 109, 110, 111 y 112)**



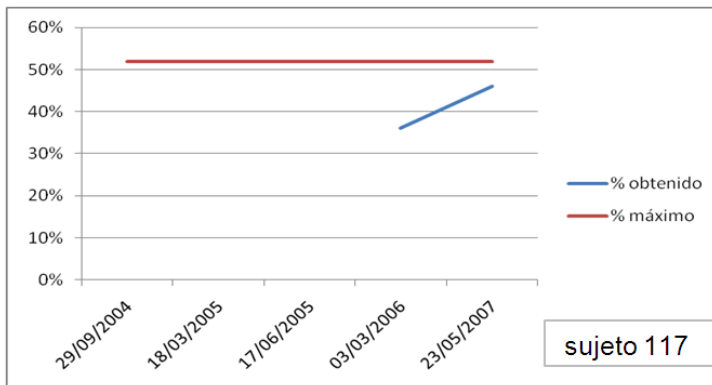
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 48. Evolución de la variable "General" (b<sub>1</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 113, 114, 115 y 116)**



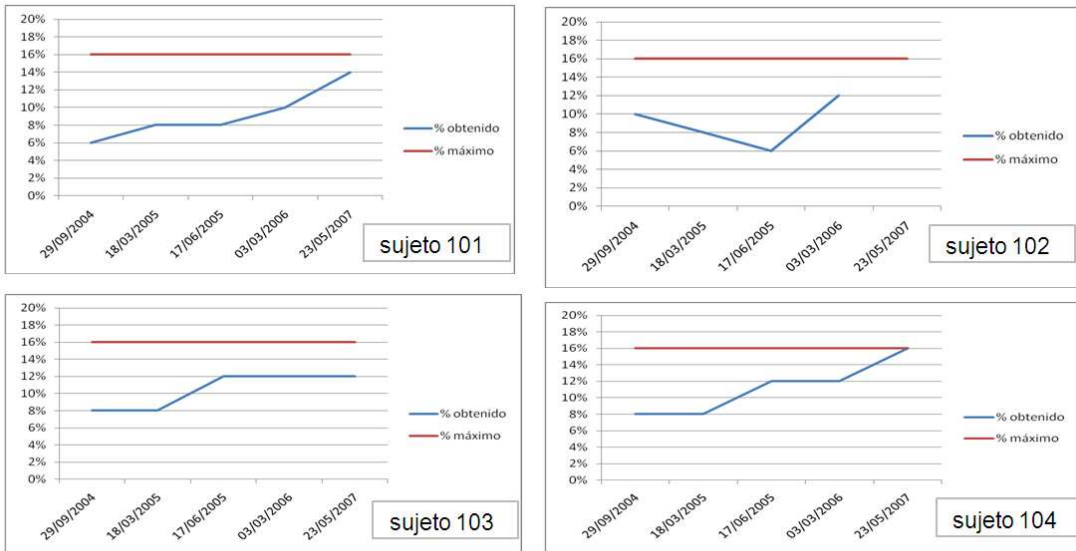
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 49. Evolución de la variable "General" (b<sub>1</sub>) en las diferentes recogidas (sujeto 117)**



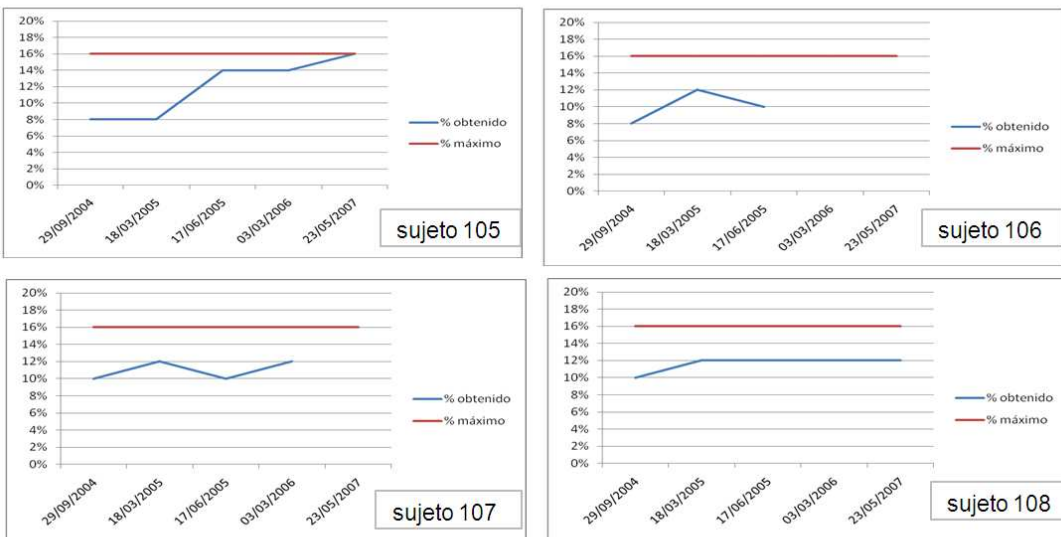
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 50. Evolución de la variable "Social" ( $b_2$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



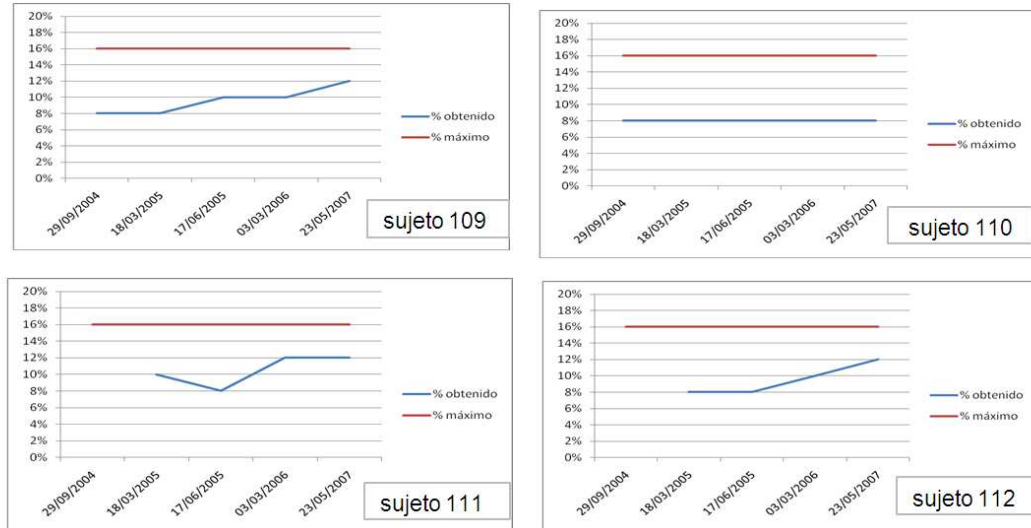
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 51. Evolución de la variable "Social" ( $b_2$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 105, 106, 107 y 108)**



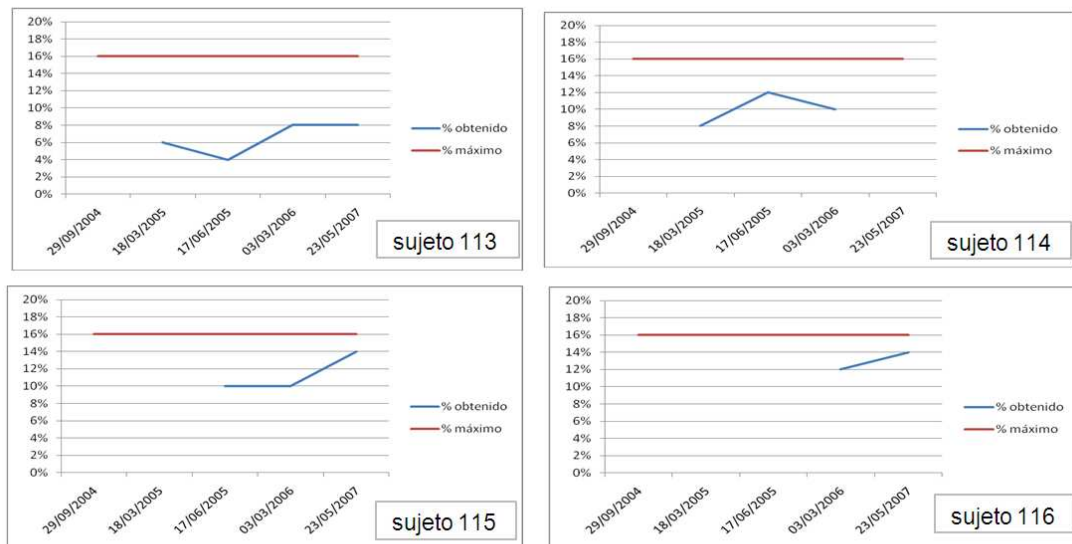
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 52. Evolución de la variable "Social" ( $b_2$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 109, 110, 111 y 112)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

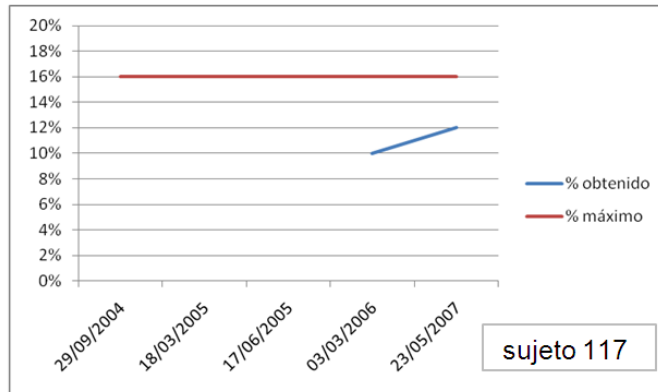
**Gráfico 53. Evolución de la variable "Social" ( $b_2$ ) en las diferentes recogidas de datos (sujetos 113, 114, 115 y 116)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

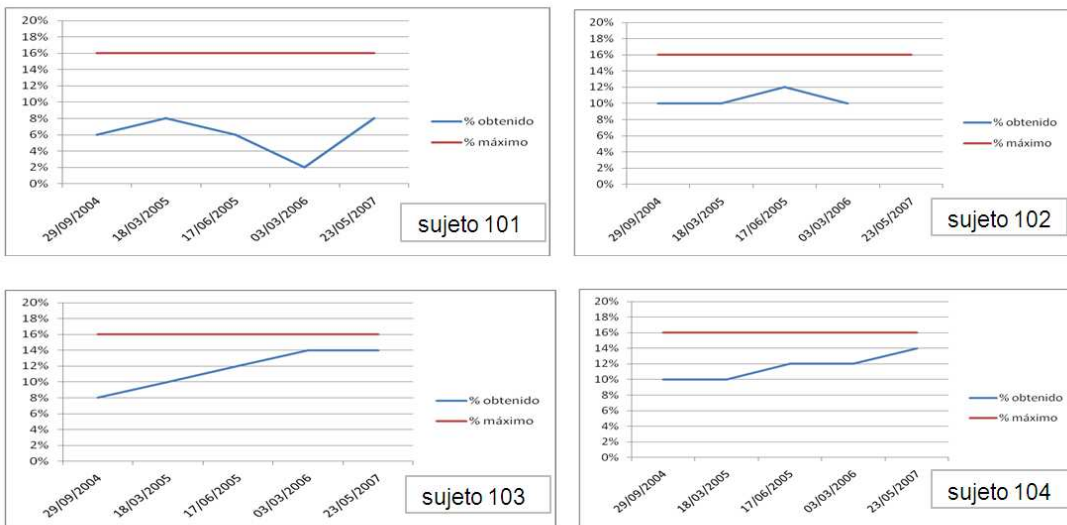


**Gráfico 54. Evolución de la variable "Social" ( $b_2$ ) en las diferentes recogidas de datos (sujeto 117)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 55. Evolución de la variable "Familiar" ( $b_3$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



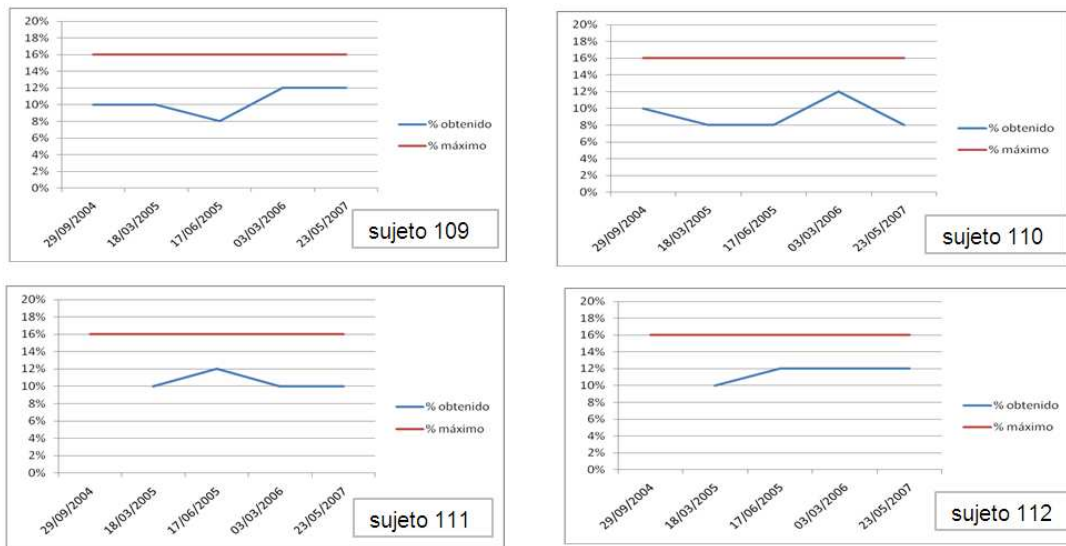
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 56. Evolución de la variable "Familiar" (b<sub>3</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 105, 106, 107 y 108)**



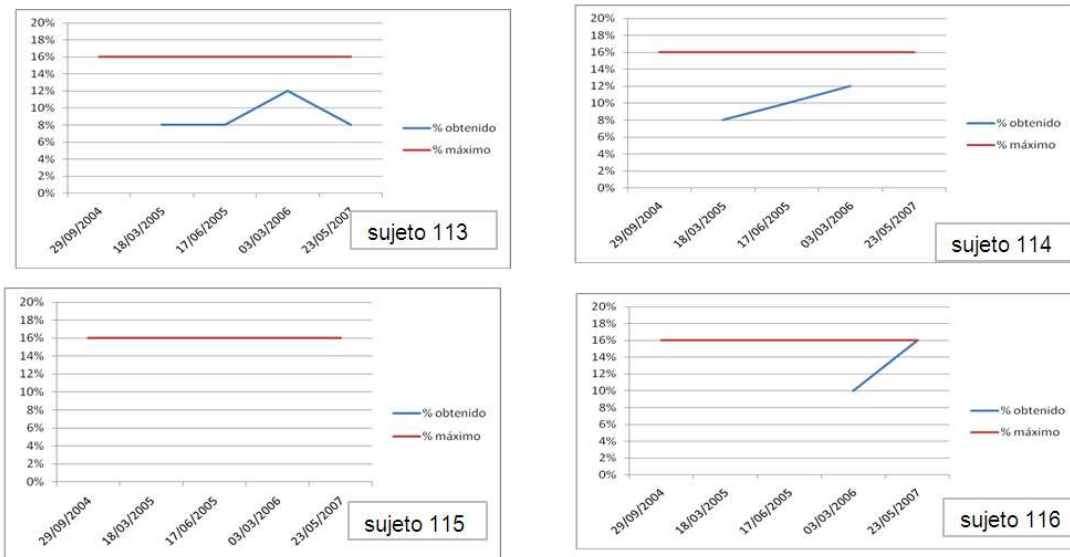
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 57. Evolución de la variable "Familiar" (b<sub>3</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 109, 110, 111 y 112)**



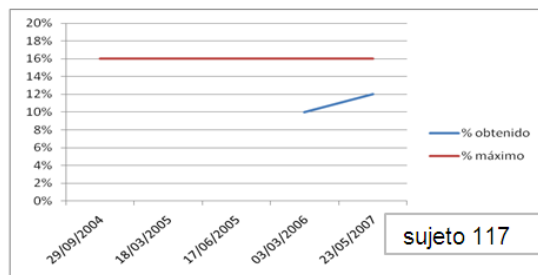
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 58. Evolución de la variable "Familiar" (b<sub>3</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 113, 114, 115 y 116)**



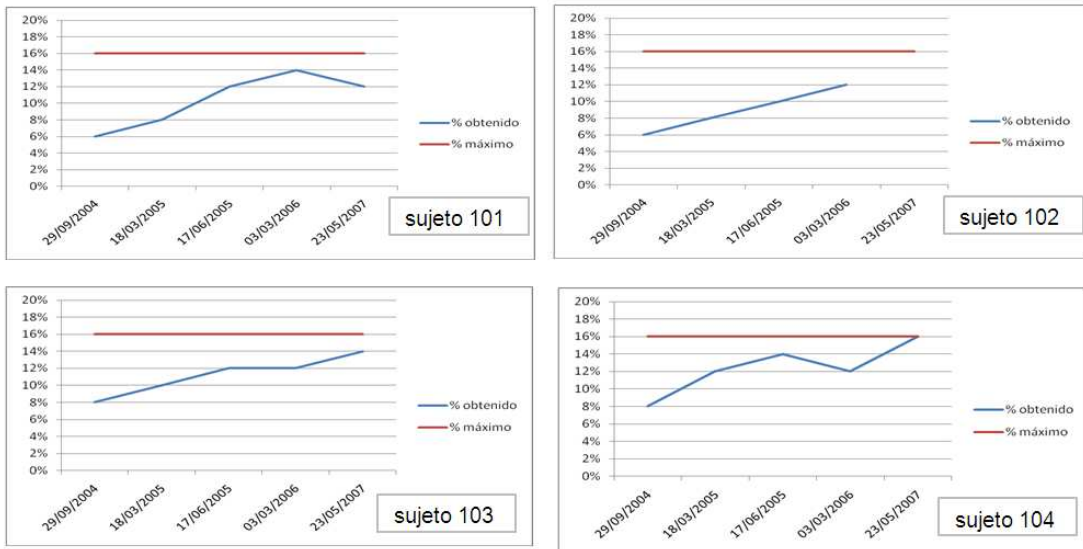
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 59. Evolución de la variable "Familiar" (b<sub>3</sub>) en las diferentes recogidas (sujeto 117)**



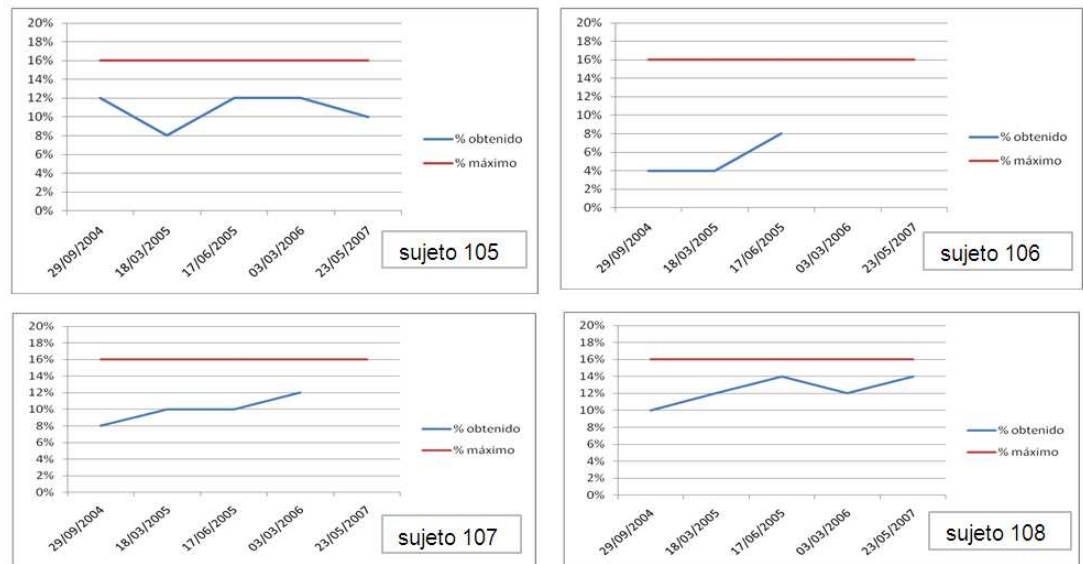
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 60. Evolución de la variable "Laboral" (b<sub>4</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



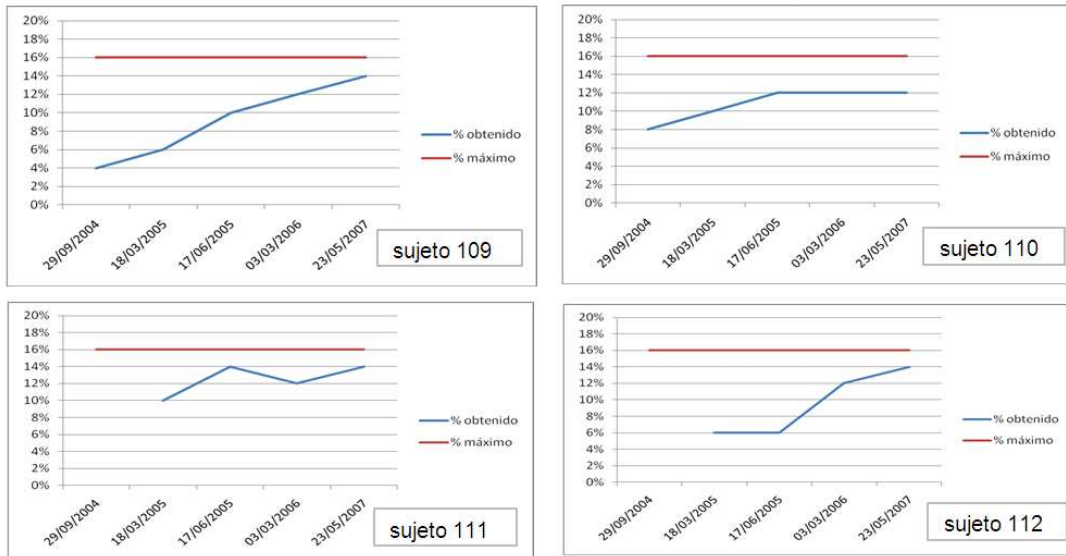
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 61. Evolución de la variable "Laboral" (b<sub>4</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 105, 106, 107 y 108)**



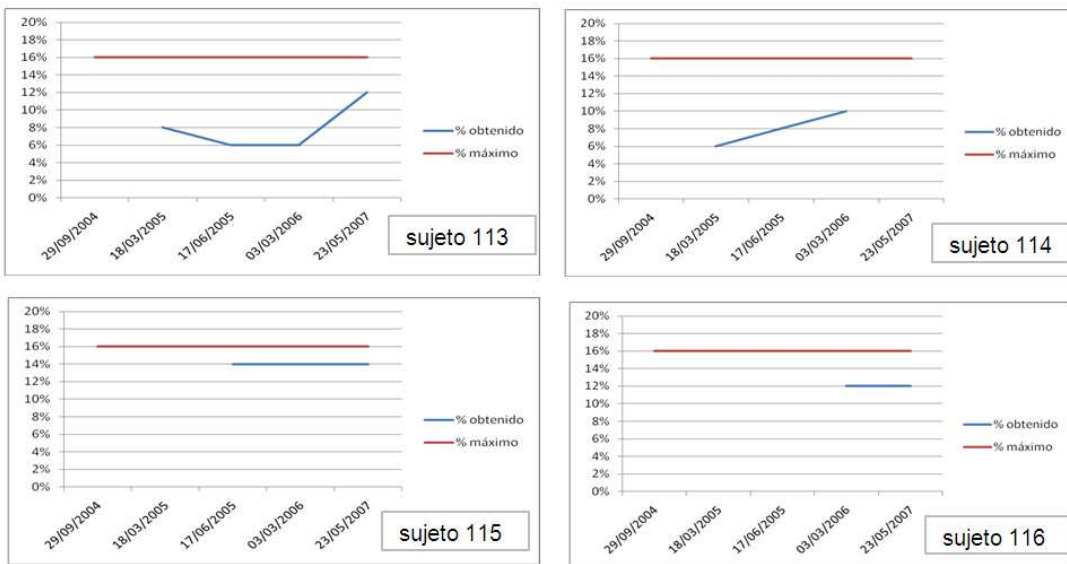
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 62. Evolución de la variable "Laboral" (b<sub>4</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 109, 110, 111 y 112)**



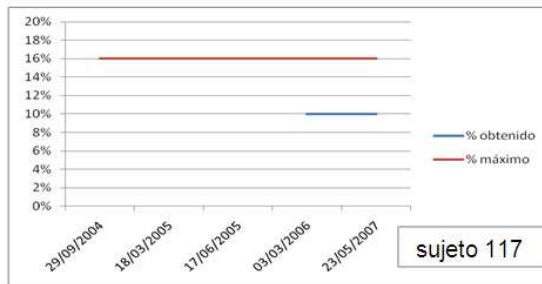
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 63. Evolución de la variable "Laboral" (b<sub>4</sub>) en las diferentes recogidas (sujetos 113, 114, 115 y 116)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

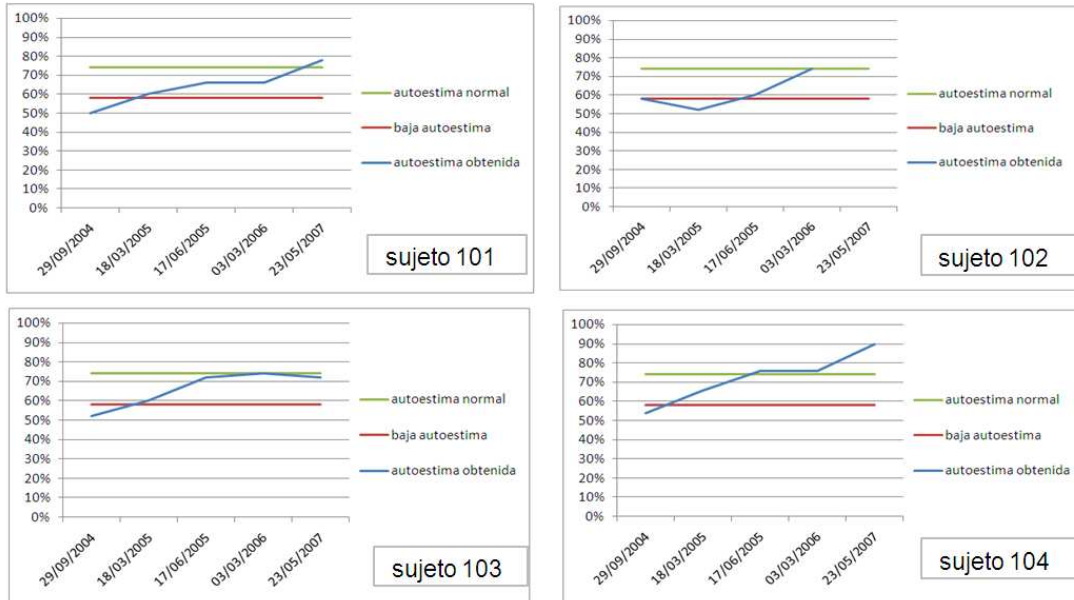
**Gráfico 64. Evolución de la variable "Laboral" (b<sub>4</sub>) en las diferentes recogidas (sujeto 117)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

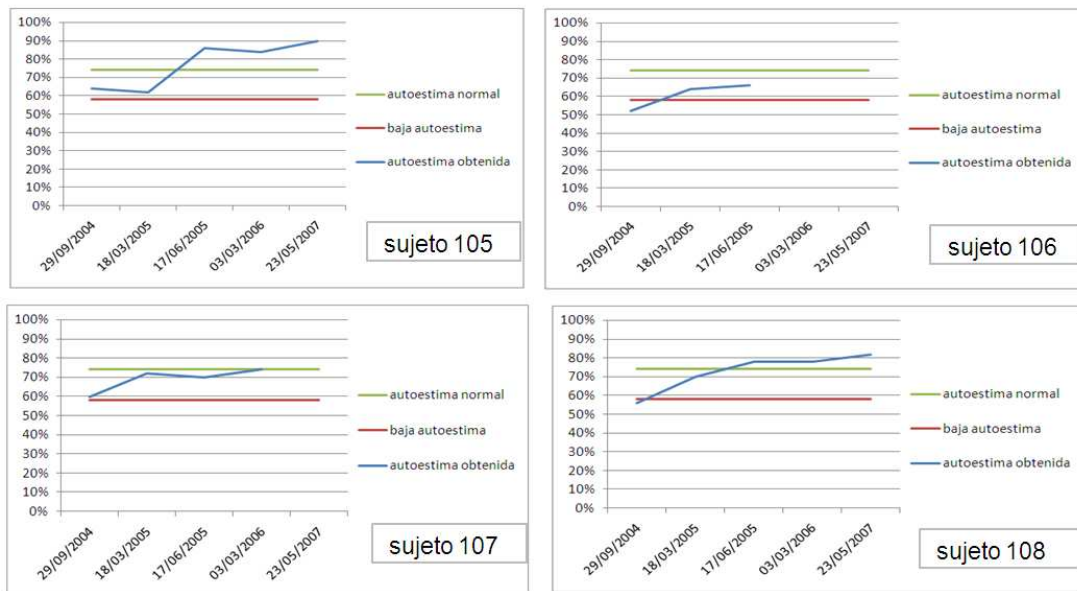
A continuación se presentan los gráficos correspondientes a la variable Total (b<sub>5</sub>). En ellos, podemos apreciar tres líneas de diferente color: la azul indica el nivel de autoestima alcanzado por el sujeto en la última recogida de datos; entre la línea amarilla y la roja queda delimitada la zona de nivel normal de autoestima establecido por Brickmann, Segure y Solar en su adaptación del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1989). De este modo podremos apreciar la evolución del nivel de autoestima durante su interacción con el programa de Judo Mental y, su cota máxima, de ese nivel, en el momento de cerrar nuestro trabajo empírico.

**Gráfico 65. Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 101, 102, 103 y 104)**



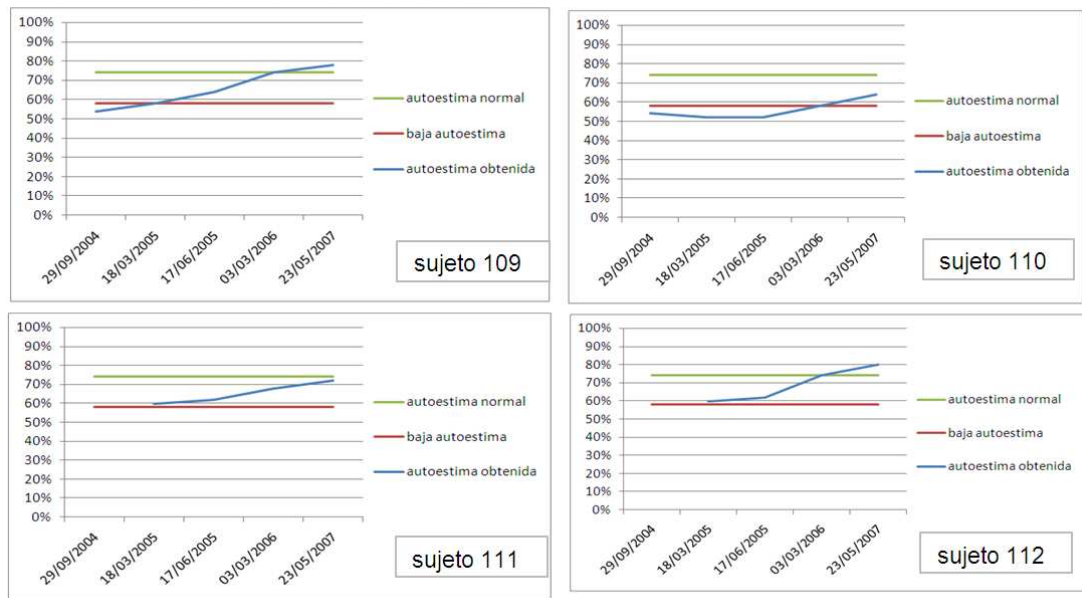
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 66. Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 105, 106, 107 y 108)**



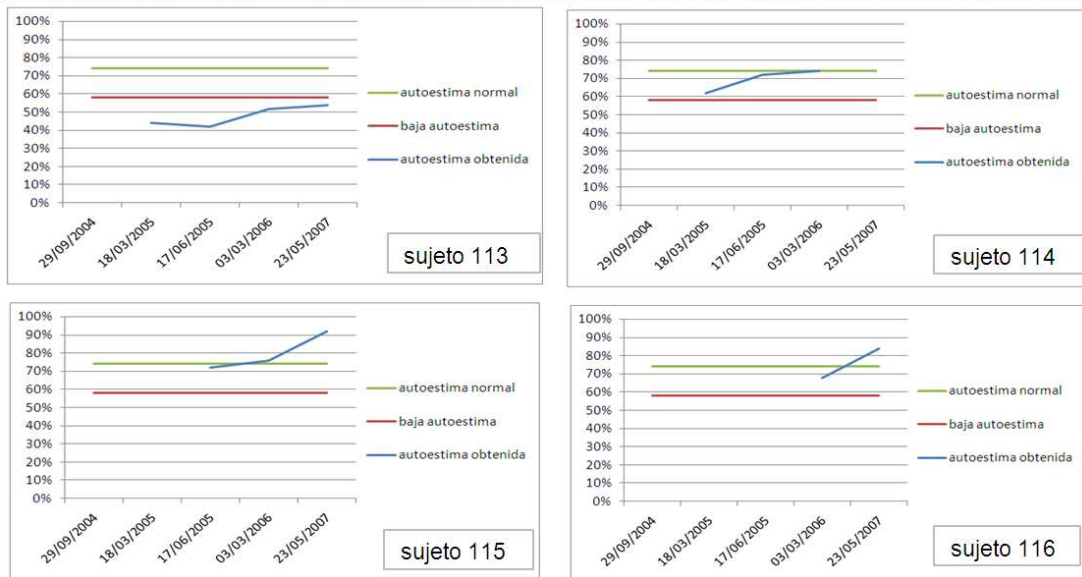
Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

**Gráfico 67. Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 109, 110, 111 y 112)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

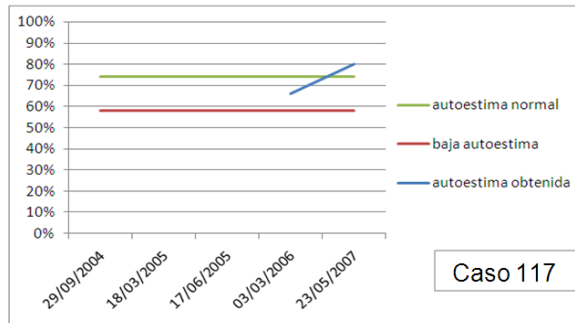
**Gráfico 68. Evolución de la variable "Total" ( $b_5$ ) en las diferentes recogidas (sujetos 113, 114, 115 y 116)**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith



**Gráfico 69. Evolución de la variable "Total" (b<sub>5</sub>) en las diferentes recogidas (sujeto 117)**



**Fuente:** elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

Referente a la Autoestima Social, Haeussler y Milicic (1998), señalan que uno de los factores más decisivos para una buena adaptación social es tener un nivel alto de autoestima; tener presente que uno es competente y valioso para los demás. Cuando una persona presenta un alto concepto de sí mismo, es muy capaz de sentirse validado para ayudar a los demás, es responsable, es comunicativo; se relaciona adecuadamente.

Con respecto a la Autoestima Laboral, la capacidad de enfrentarse con éxito a las situaciones de la vida laboral y al rendimiento ajustado a las exigencias laborales, tiene mucho que ver con sentirse creativo, inteligente y constante.

La Autoestima Familiar tiene relación con el clima emocional que exista en el hogar, las expresiones de afecto entre los miembros que allí convivan y

la forma en que se trate al individuo en su entorno familiar, va a tener una influencia decisiva en la estabilidad emocional (Haeussler y Milicic, 1998).

Así, en el sujeto 101 podemos observar que donde más ha avanzado es en la variable  $b_1$ , pasando de un 32% a un 44% <sup>(Gráfico 45)</sup>, en la variable  $b_2$  del 6% de la primera recogida de datos ha pasado al 14% de la última <sup>(Gráfico 50)</sup> y en la variable  $b_4$ , de tener un 6% en la recogida de septiembre del 2004 ha pasado a un 12% en la recogida de mayo del 2007 <sup>(Gráfico 60)</sup>. Esto significa que este sujeto comenzó con una autoestima baja (50%) y en la última recogida de datos ha evidenciado una autoestima alta (78%); su incremento es significativo, 28 puntos porcentuales <sup>50 (Gráfico 65 y Tabla 23)</sup>.

En el sujeto 102 podemos observar que donde más ha progresado es en la variable  $b_1$ , pasando de un 32% en la primera recogida de datos a un 40% en la última <sup>(Gráfico 45)</sup>. En la variable  $b_2$  ha aumentado en 2 puntos <sup>(Gráfico 50)</sup>, mientras que en la variable  $b_4$  su aumento ha sido de 6 puntos <sup>(Gráfico 60)</sup>. Quiere decir, que este sujeto comenzó con una autoestima baja (58%), casi rozando la normal y en la última recogida de datos ha evidenciado una autoestima normal, rayando la alta (74%); su incremento es significativo, 16 puntos <sup>(Gráfico 65 y Tabla 23)</sup>.

---

<sup>50</sup> En todos los sujetos, el puntaje resultante de la comparación entre datos porcentuales se recogen en puntos porcentuales.

En el sujeto 103, observamos un incremento total, muy importante, en su autoestima del 20% (Gráfico 65), descomponiéndose en lo siguiente: en la variable  $b_1$ , ha pasado de un 28% a un 32% (Gráfico 45); en la variable  $b_2$  su incremento ha sido también de 4 puntos (Gráfico 50); mientras que en las variables  $b_3$  y  $b_4$ , el incremento se ha manifestado en un 6% para cada una (Gráficos 55 y 60). Por lo cual, significa que este sujeto comenzó con una autoestima baja (52%) y en la última recogida de datos ha evidenciado una autoestima normal rozando el nivel alto (72%) (Gráfico 60 y Tabla 23).

En el sujeto 104 detectamos otro gran cambio positivo. En su nivel de autoestima, en la variable  $b_1$ , ha aumentado en un 16% (Gráfico 45); en las variables  $b_2$  y  $b_4$ , el aumento ha sido de 8 puntos respectivamente (Gráficos 50 y 60); en la variable  $b_3$  el aumento, aunque importante, no ha sido tan espectacular, un 4% (Gráfico 55). Así, el total del aumento del nivel de su autoestima ha sido de 36 puntos, pasando de una autoestima baja inicial (54%) a una autoestima muy alta final (90%) (Gráfico 65 y Tabla 24).

El sujeto 105, también ha experimentado un cambio muy significativo: en la variable  $b_1$ , pasa de un 36% en la primera recogida de datos a un 48% en la última (Gráfico 46), haciendo un total de 12 puntos en las variables  $b_2$  y  $b_3$  el cambio ha sido de 8 puntos respectivamente (Gráficos 51 y 56); pero, en la variable  $b_4$ , ha bajado 2 puntos (Gráfico 61). En el total de autoestima su aumento ha sido de 26 puntos, significa que este sujeto comenzó con una

autoestima normal (64%), mientras que en la última recogida de datos ha evidenciado un nivel de autoestima muy alto (90%) (Gráfico 66 y Tabla 24).

En el sujeto 106 tenemos sólo tres recogidas de datos. Aún así, el aumento de autoestima ha sido significativo. En la autoestima total, ha pasado de una autoestima baja (52%) a una autoestima normal (66%) ((Gráfico 66 y Tabla 24). El aumento de todas sus variables ha sido proporcional, no pudiéndose destacar una variable de otra (Gráficos 46, 51, 56 y 61). Aunque si es preciso señalar que el gran aumento de autoestima se ha producido en el primer año de interacción con el programa, manteniéndose a lo largo de los años siguientes.

En el sujeto 107 podemos observar un cambio positivo e importante en su autoestima. En la variable  $b_1$ , es donde más importancia ha adquirido este proceso de cambio: un aumento de 8 puntos (Gráfico 46). En el resto de variables ( $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ ), el aumento ha sido pero más proporcional (Gráficos 51, 56 y 61), para llegar a un total del aumento de su autoestima de 14 puntos, pasando de una autoestima normal (60%) a una autoestima rozando el nivel alto (74%) ((Gráfico 66 y Tabla 25).

En el sujeto 108, se evidencia un cambio, una vez más, muy atractivo, aunque no gran aumento se ha producido en la variable  $b_1$ , pasando de evidenciar un 26% en la primera recogida de datos, a ostentar un 46% en la última (Gráfico 46). En el resto de variables ( $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ ), el aumento no ha sido

tan espectacular como en la variable anterior (Gráficos 51, 56 y 61), pero el total del aumento de autoestima, en este sujeto, ha sido de 26 puntos, pasando de una autoestima baja cuando comenzó el programa (56%) a una autoestima alta en la última recogida de datos (82%) (Gráfico 66 y Tabla 25).

El sujeto 109, en el momento de cerrar este análisis, tiene 52 años. Su nivel de autoestima se ha incrementado en 24 puntos desde la primera recogida de datos hasta la última, pasando de una autoestima baja (54%) a una autoestima alta (78%) (Gráfico 67 y Tabla 25). Esto nos indica que, en nuestro caso, la edad no es una variable externa que pueda incidir en el progreso del aumento de autoestima, puesto que en todas sus variables ( $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ ) este aumento de autoestima ha sido evidente (Gráficos 47, 52, 57 y 62).

El sujeto 110, es una de las personas que menos aumento de autoestima ha experimentado; del 54% inicial a pasado al 64% final, pero sí es significativo que haya pasado de ostentar una autoestima baja, a presentar una autoestima normal en su análisis final (Gráfico 67 y Tabla 26). Es importante señalar que la variable  $b_1$  es la que más aumento ha tenido (8%) (Gráfico 47), mientras que en el resto de variables no se evidencia un cambio significativo: la variable  $b_2$  se ha mantenido en valores constantes (Gráfico 52); la variable  $b_3$  incluso ha perdido 2 puntos de su valor inicial (Gráfico 57); y la variable laboral ha incrementado su valor en 4 puntos (Gráfico 62). Esto nos indica que en las relaciones sociales y familiares, este sujeto no ha

mejorado, por lo cual, deberemos incidir más en estos apartados. Es posible que tengamos que prestar más atención a su interacción con los demás y solicitar ayuda a sus tutores para que esta interacción esté coordinada.

En el sujeto 111, el incremento del nivel de autoestima es de 12 puntos (60%-72%) (Gráfico 67 y Tabla 26). Aunque sus valores no han pasado de autoestima normal, si es importante señalar que en casi todas las variables, el aumento se ha producido de manera constante (Gráficos 47, 52 y 57), llegando a presentar una autoestima alta en la variable laboral (Gráfico 62).

El sujeto 112, es el elemento de nuestro caso que podemos reseñar, muy gratamente, ha tenido un cambio más espectacular; no tanto en su nivel de autoestima, que ha sido significativo, como en su actitud y aptitud para integrarse en el programa, socializándose de una manera muy beneficiosa para el programa. También el esfuerzo de adaptación de todos los componentes del mismo ha tenido que ser muy importante, ya que este sujeto presenta una discapacidad física grave. Con todo esto, en todas las variables ( $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ ) (Gráficos 47, 52, 57 y 62) se ha ofrecido un aumento del nivel de autoestima considerable. Comenzó en el programa con un nivel normal de autoestima (60%), y en estos momentos presenta un nivel alto de autoestima (80%) (Gráfico 67 y Tabla 26).

El sujeto 113 presenta un aumento total del nivel de autoestima del 10%, aunque no ha pasado de presentar una autoestima con un nivel bajo

(Gráfico 68 y Tabla 27). En las variables general y laboral ha subido un 4% (Gráficos 48 y 63), pero en el resto, no ha experimentado cambio alguno. Consideramos que en este caso ha podido incidir negativamente, su relación con el sujeto 114, ya que su actitud respecto a su compañera, es bastante influyente negativamente. En casi todas las sesiones del programa se presentan problemas de relación, y cuando más tranquila está, es cuando no coincide la pareja en el tatami.

El sujeto 114 presenta un aumento del nivel de autoestima de 12 puntos, pero se ha quedado en la autoestima normal, aunque debemos señalar que en estos momentos está rozando la autoestima alta (Gráfico 68 y Tabla 27). En todas las variables ostenta un aumento discreto de su nivel de autoestima (Gráficos 48, 53, 58 y 63).

En el sujeto 115 se aprecia un aumento significativo del nivel de autoestima (20 puntos), pasado de una autoestima normal (72%) a una autoestima muy alta (92%) (Gráfico 68 y Tabla 27). En la variable  $b_1$ , el aumento ha sido de 16 puntos (Gráfico 48). En la variable social su aumento ha sido de 4 puntos (Gráfico 53). Aunque en sus variables  $b_3$  y  $b_4$  no tiene progresión (Gráficos 58 y 63); esto puede ser debido a que sus niveles iniciales ya eran muy altos y por lo tanto no disponían de margen suficiente para mejorar. En el momento de cerrar este análisis el total de autoestima de esta persona es el más

elevado de todos los alumnos colocados a disposición para realizar nuestro trabajo.

El sujeto 116, pese a su corta interacción con el programa, ya se evidencia un progreso importante: su nivel de autoestima inicial era del 68% (autoestima normal) y su nivel de autoestima en la última recogida de datos, es del 84% (autoestima alta) (Gráfico 68 y Tabla 28). En su variable general su aumento es de 8 puntos (Gráfico 48); en su variable social de 2 puntos (Gráfico 53), en su variable familiar de 6 puntos (Gráfico 58) y en su variable laboral se ha mantenido en sus niveles iniciales (Gráfico 63). Este sujeto y el siguiente, no permitían la realización de actividad deportiva alguna, aparte de tener problemas de relaciones con la familia. Después de realizar un estudio personalizado por parte de sus tutores, se decidió incorporarles al programa considerando que estos problemas podrían encontrar solución en su interacción con el mismo.

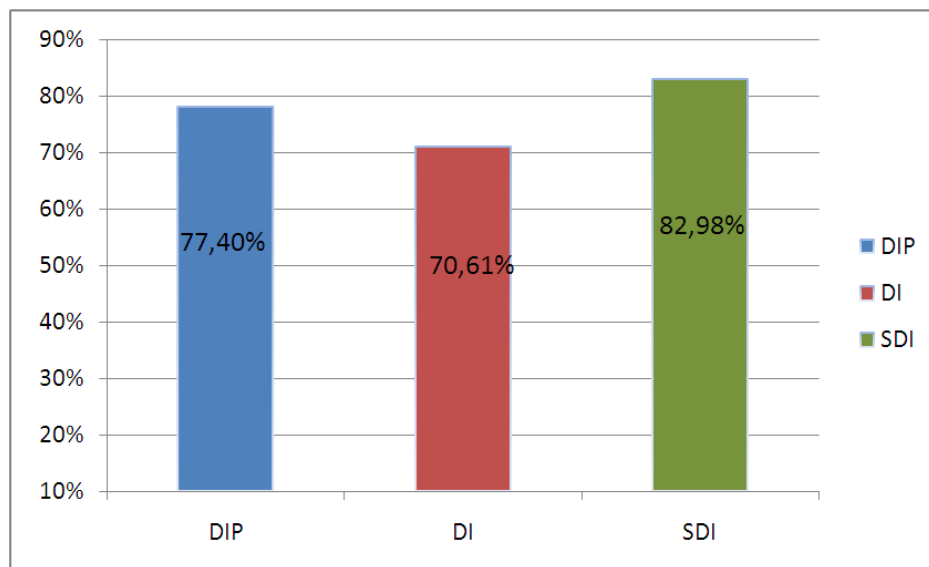
El sujeto 117, como el anterior, ha experimentado un cambio importante en su nivel de autoestima, a pesar de su poco tiempo en el programa; ha pasado de presentar una autoestima normal (66%) a una autoestima alta en su evaluación final (80%) (Gráfico 69 y Tabla 28). En la variable  $b_1$ , el aumento ha sido de 10 puntos (Gráfico 49). En sus variables  $b_2$  y  $b_3$ , el aumento ha sido de 2 puntos (Gráficos 54 y 59).



Cogiendo los valores finales de la variable b5 (autoestima total) de la recogida de datos de mayo de 2007, hemos observado lo siguiente:

La media geométrica del caso DIP es del 77,40% frente al 70,61% del caso DI y al 82,98% del caso SDI (Gráfico 70). Esta media ha mejorado significativamente, llegando a alcanzar valores de los sujetos SDI y sobrepasar los de los sujetos DI.

**Gráfico 70. Comparación de medias de la variable "Total" (b<sub>5</sub>) de los Casos: DIP, DI y SDI**



Fuente: elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Inventario de autoestima de Coopersmith

Esto nos hace pensar que cuando se pone un programa de intervención, donde los objetivos principales del Judo, como método de entrenamiento físico y mental, son la adquisición de conductas adaptativas y el entrenamiento moral, el nivel de autoestima bajo de la persona con discapacidad intelectual, se eleva de una manera significativa.

### **1.3.- Análisis cualitativo de Calidad de Vida.**

Para el desarrollo de este análisis hemos utilizado el método biográfico-narrativo. En un mismo documento tratamos de evidenciar la mejora que se ha producido entre lo que el yudoca era antes de comenzar en el programa y lo que es hoy, una vez que ha transcurrido el tiempo aconsejable para que se puedan apreciar posible cambios; entre las expectativas pasadas y la valoración que ha adquirido en relación con su aprendizaje en las sesiones de Judo Mental. Todo esto, a través de la historia de vida del propio yudoca.

#### **1.3.1.- Datos obtenidos**

En este epígrafe, tenemos que señalar que aunque el grupo inicial era de 10 alumnos, en el momento de cerrar nuestro análisis, este grupo lo componen más de 50 alumnos. Aún así, entendemos que para no perder la objetividad del trabajo de investigación, los resultados que aquí se presentan deben de ser solamente la consecuencia del análisis de los alumnos que comenzaron el seguimiento del programa en abril de 2004, y que en la actualidad todavía están inmersos en este programa.

De los datos recogidos, a través de la narrativa de los sujetos, queremos señalar de un modo global<sup>51</sup> que:

En la dimensión social:

---

<sup>51</sup> Más adelante recogemos los datos de un modo individual.

- La práctica del Judo les ha capacitado para mejorar en sus relaciones interpersonales. Han adquirido nuevos amigos que siguen manteniendo en la actualidad. La relación con abuelos, tíos, primos, padres y hermanos ha mejorado sensiblemente.
- Sienten que el Judo les ha enseñado a respetar los derechos de los demás y éstos, por el mero hecho de conocer su actividad en Judo, les respetan más que antes.
- La participación en actividades grupales se ha incrementado. Consideran que el Judo les ha propiciado esta habilidad al tener que compartir tiempo y actividad física con los demás, durante muchas horas del programa.

En la dimensión psicológica:

- En general, nuestros yudocas estiman que, desde que practican Judo, son más felices porque se sienten más seguros de sí mismos y porque se sienten mejores personas.
- Toman más decisiones importantes. El Judo les ha enseñado a ser más independientes.
- Se sienten más importantes; han dejado de lado el sentirse “como un cero a la izquierda”. La mayoría sienten que son buenos practicando Judo.

- El autoconcepto ha mejorado, la visión de su cuerpo y su estima se ha elevado positivamente.

En la dimensión física:

- Muchos de los sujetos, toman menos medicación que antes de practicar Judo.
- Creen que su salud ha mejorado porque ahora tratan de cuidarse más, hacer más deporte y comer menos golosinas.
- Opinan que ante una difícil situación se sabrían defender; ahora están preparados físicamente para contrarrestar una agresión física.
- Sus hábitos de higiene han mejorado; creen que la práctica del Judo les obliga a lavarse con más dedicación antes de entrar en el *Dojo*.

De acuerdo con Bolívar, Domingo y Fernández (2001) creemos, que es importante complementar la historia de vida del protagonista con la visión que los padres tienen sobre los beneficios que el programa aporta a sus hijos. Así, hemos podido recoger a través de distintas conversaciones que hemos mantenido con ellos a lo largo del desarrollo del programa, que en la actualidad sus hijos han mejorado su relación con la familia y con los amigos; el padre de una alumna nos manifiesta que su hija en la dimensión

social se ha visto mejorada totalmente, pues antes no tenía amigos y en Judo ha podido desarrollar nuevas relaciones dentro de las clases. Son más felices. Tienden a ayudar con más frecuencia a los demás, se han vuelto más solidarios. Les motiva para abrirse a los demás, se sienten mucho más importantes, han mejorado la confianza en sí mismos; esto les hace sentirse con más vitalidad.

Su independencia ha mejorado porque ahora se encuentran más seguros de sí mismos, toman más decisiones y defienden más sus intereses y que este cambio se ha producido, según ellos, desde que sus hijos practican Judo; el padre de otra alumna nos manifiesta que su hija ha pasado a defender sus opiniones frente a sus hermanos en vez de callarse, toma la iniciativa más que antes, sin esperar a que la manden o la propongan. Están convencidos de que el Judo actúa positivamente sobre la persona, puesto que cuando sus hijos van voluntariamente y felices a una actividad, es porque les reporta confianza en sí mismos y mejora su autoestima, lo que se refleja en todas las facetas de sus vidas. Todos coinciden en que en la dimensión física, también se evidencian cambios positivos: mejor higiene y cuidado personal, y duermen mejor.

#### **1.4.- Análisis individual de los participantes del programa.**

Como a lo largo de todo este trabajo y siguiendo con la estructura metodológica propuesta, creemos conveniente realizar una evaluación

personal de los sujetos que pertenecen a nuestro caso. De este modo, los cambios producidos a nivel personal, que merecen nuestra atención, después de realizar las comparaciones convenientes, son los siguientes:

**Participante 101:**

***Conductas adaptativas:***

En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ) y destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ) se ha mantenido en los valores máximos que ya tenía en el año 2004. En cuanto a las destrezas “vida personal” ( $a_3$ ) su aumento ha sido poco significativo, (1,58 puntos porcentuales). Es importante señalar que en las destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) ha experimentado un aumento de 6 puntos, pasando del 82,45% que tenía en el año 2004, al 92,98% del total en el año 2008, o lo que es lo mismo, un aumento de 10,53 puntos porcentuales. Su independencia general ha mejorado de 507,50 puntos a 511,50 puntos: aumento de 0,87 puntos porcentuales <sup>(Tabla 16)</sup>.

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias geométricas, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,73 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 7,02 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 0,37 puntos porcentuales por

debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 4,34 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,76 puntos porcentuales por encima de la media. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ). Pero en la variable ( $a_7$ ) que presentaba un problema leve, ha dejado de ser problema.

Los datos obtenidos en el apartado conductas adaptativas, nos proporcionan la suficiente información como para aseverar que, este sujeto, actualmente se desenvuelve sin ayuda o supervisión. Ha mejorado en casi todas las variables y su independencia general se encuentra por encima del promedio general.

### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, ha mejorado significativamente, pasando del 50% que tenía cuando comenzó el programa, al 78% en mayo del 2007 ( $b_5$ ). Esto hace un total de 28 puntos porcentuales de aumento en su nivel de autoestima, siendo de los sujetos que más aumento de autoestima ha experimentado. En estos años ha pasado de un nivel bajo de autoestima en el año 2004, a un nivel alto de autoestima. (Tablas 21 y 22)

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en el resto de variables ( $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ ), para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el gran aumento se ha producido en las dimensiones general, social y laboral: (12, 8 y 6 puntos porcentuales). (Tabla 23)

### **Judo Mental:**

Su actitud para con el Judo también ha experimentado una gran mejoría. Ha sufrido un cambio significativo en su actitud para ejecutar las caídas, disminuyendo el temor que presentaba al principio. Recuerda, con alguna ayuda la nomenclatura de las técnicas. Su aptitud para la práctica del Judo también ha mejorado ostensiblemente. Su timidez inicial se ha ido apagando paulatinamente. En la actualidad es un miembro muy activo dentro del grupo.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha adquirido medidas de higiene que antes no tenía; cuyos valores son muy positivos (variable  $c_1$ ). Su salud, en general ha mejorado; valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se encuentra más seguro, más ágil y fuerte; valores muy positivos ( $c_3$ ). Es una persona que piensa que el Judo le ha servido para mejorar en sus relaciones con la familia y los amigos, con lo cual sus valores en esta variable son muy positivos ( $c_4$ ). Acepta las reglas sin objeción; sus valores son muy positivos ( $c_5$ ). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor



persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Siente que el Judo le ha servido para que tenga más respeto hacia los demás; valores muy positivos ( $c_6$ ). También ha notado que ahora es más independiente; no necesita tanto la ayuda de los demás y decide por si mismo.

### **Participante 102:**

#### ***Conductas adaptativas:***

En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ) se ha mantenido en su valor máximo de 54 puntos. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ) ha aumentado en 2 puntos (3,51 puntos porcentuales), llegando en la actualidad al valor máximo posible en este apartado. Las destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), no han sufrido variación alguna, se mantiene en 61 puntos (96,82%) del total posible. En las destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) ha experimentado un aumento de 2 puntos, pasando del 96,49% del total que tenía en el año 2004, al 100% del total en el año 2008. Su independencia general ha mejorado de 513 puntos a 518,75 puntos (1,10 puntos porcentuales). <sup>(Tabla 16)</sup>

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,73 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 7,02 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente

a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 7,52 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 11,36 puntos porcentuales por encima de la media. En la variable  $a_{13}$ , presenta 2,15 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, cuando se integró en el programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y de esta forma se ha mantenido hasta su abandono (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Con todos los datos anteriores, podemos afirmar que este sujeto, actualmente, se desenvuelve sin ayuda y sin supervisión. Ha mejorado en todas las variables y se encuentra muy por encima del promedio general, en todas ellas.

### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, de septiembre del 2004 a marzo del 2006, ha experimentado un aumento de 16 puntos porcentuales, pasando del 58% al 74% ( $b_5$ ). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo/normal de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel normal/alto de autoestima, cuando dejó nuestro programa (Tablas 21 y 22).

Para poder ver el progreso experimentado en este sujeto, desglosamos el nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ . Así, podemos observar

que el aumento se ha producido en las dimensiones general, social y laboral: (8, 2 y 6 puntos porcentuales), mientras que la variable familiar se ha mantenido en su valor inicial <sup>(Tabla 23)</sup>.

### **Judo Mental:**

Esta alumna, en junio del 2006 tiene que abandonar la práctica del Judo Mental porque suceden acontecimientos que dificultan su asistencia continuada al programa, ya que fallece su madre y se tiene que hacer cargo de la casa familiar. Pero hasta el momento de su abandono en el programa, ha sido una alumna ejemplar, colaborando tanto con el *Sensei* como con el resto de yudocas, cuando ha sido preciso. Conoce la nomenclatura de casi todas las técnicas que se le ha exigido para la obtención de los cinturones superiores.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha adquirido medidas de higiene que antes no tenía; sus valores en esta dimensión son muy positivos ( $c_1$ ). Su salud, en general ha mejorado; valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se encuentra más segura, más ágil y fuerte; valores muy positivos ( $c_3$ ). Es una persona que piensa que el Judo le ha servido para adquirir y mantener nuevos; sus valores son muy positivos ( $c_4$ ). Acepta las reglas sin objeción, solicita y ofrece información; sus valores son muy positivos ( $c_5$ ). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor

persona; ayuda a los que considera más débiles que ella. Siente que el Judo le ha servido para que tenga más respeto hacia los demás y a su vez que los demás tengan más respeto a ella; valores muy positivos ( $c_6$ ). También ha notado que ahora es más independiente; no necesita tanto la ayuda de los demás y decide por si misma.

### **Participante 103:**

#### **Conductas adaptativas:**

En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ) ha aumentado su valor en 1 punto, pasando del 94,44% del total al 96,29%, esto hace un incremento de 1,85 puntos porcentuales. En este apartado tenemos que tener en cuenta las discapacidades físicas que el sujeto tiene asociadas a su discapacidad (escoliosis, cifosis, ligera espasticidad y descoordinación en movimientos) y que le privan de una mejora más significativa. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ) ha aumentado en 1 punto, pasando del 92,98% al 94,73%. Las destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), ha sufrido una variación positiva importante, de 51 puntos que tenía en la recogida del 2004 ha llegado a los 54 puntos en la recogida de 2008, así el aumento ha sido de 4,76 puntos porcentuales, aunque sus valores siguen siendo bajos, 3,54 puntos porcentuales por debajo de la media. En las destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) no ha experimentado variación alguna. Con todo esto, su

independencia general ha mejorado en 8,75 puntos, llegando al 97,69% del total posible. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,98 puntos por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 1,75 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 3,54 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 9,60 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,04 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, en la recogida de 2004 presentaba hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias) de 1 a 6 veces por semana y en la actualidad no se presentan ( $a_9$ ), deja de ser un problema leve. El resto de variables siguen en valores nulos o lo que es lo mismo, no tiene problemas de conducta en las variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ .

Este sujeto, actualmente se desenvuelve sin apenas ayuda o supervisión. Ha mejorado en casi todas las variables y en su independencia general se encuentra muy cerca del promedio general del caso,

### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, de septiembre del 2004 a mayo del 2007, ha experimentado un aumento de 20 puntos porcentuales, pasando del 52% al 72% (b<sub>5</sub>). En estos años ha pasado de ostentar, inicialmente, un nivel bajo de autoestima, a obtener un nivel normal/alto de autoestima. (Tablas 21 y 22)

En la descomposición del total del nivel de autoestima en las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub> y b<sub>4</sub>, podemos observar que el aumento se ha producido en todas las dimensiones, de un modo equivalente: autoestima general, social, familiar y laboral (4, 4, 6 y 6 puntos porcentuales). (Tabla 23)

### **Judo Mental:**

Su actitud continúa siendo tan buena como en un principio. El recelo que tenía al principio con respecto a las caídas, ha desaparecido; parece como si su espalda fuera la más normal del mundo; sin ningún tipo de problemas de columna vertebral. Nos ha dejado un tanto impresionado por su fortaleza física y sus ganas por demostrar que él puede hacer Judo de igual manera que el resto de compañeros. ¡Es cierto! Incluso mejor de lo que habíamos llegado a pronosticar en los primeros meses de interacción con el programa.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha mantenido las medidas de higiene que antes

tenía y cuyos valores son muy positivos (c<sub>1</sub>). Su salud, en general ha mejorado, se encuentra más fuerte que antes y toma menos medicamentos; valores muy positivos (c<sub>2</sub>). Es más feliz que antes porque tiene novia y hace Judo; valores positivos (c<sub>3</sub>). Tiene más amigos que antes de hacer Judo; sus valores son muy positivos (c<sub>4</sub>). Siempre ha aceptado las reglas, solicitando a menudo información; sus valores son muy positivos (c<sub>5</sub>). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Siente que el Judo le ha servido para que tenga más respeto hacia los demás y a su vez que los demás le tengan más respeto; valores muy positivos (c<sub>6</sub>). También ha notado que ahora es más autónomo.

#### **Participante 104:**

##### **Conductas adaptativas:**

En las destrezas “motoras” (a<sub>1</sub>), destrezas “sociales y comunicativas” (a<sub>2</sub>) y destrezas “vida personal” (a<sub>3</sub>), ha mantenido sus valores máximos iniciales. En cuanto a las destrezas “vida en la comunidad” (a<sub>4</sub>) su incremento ha sido espectacular, pasando de los 50 puntos que presentaba en la recogida de 2004 a los 55 puntos de la recogida de 2008; su aumento ha sido de 8,78 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 2,25 puntos, llegando al 99,61% del total posible, 1,96 puntos porcentuales, por encima de la media general. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,29 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 8,02 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 10,75 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 7,85 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 1,96 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere, no presenta ningún problema a reseñar (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ). Esto indica, que este sujeto, actualmente, es uno de los que más independencia tiene y por ello, se desenvuelve sin ayuda o supervisión. Por lo cual, este sujeto posee, en la actualidad, habilidades adaptativas que le permiten tener mucha autonomía.

#### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, de septiembre del 2004 a mayo del 2007, ha experimentado un aumento de 36 puntos porcentuales, pasando del 54% al 90% ( $b_5$ ). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo de



autoestima en el año 2004, a obtener un nivel muy alto, en la actualidad (Tablas 21 y 22).

Descomponiendo este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , podemos observar que el aumento se ha producido en todas las dimensiones: general social, familiar y laboral (16, 8, 4 y 8 puntos porcentuales). (Tabla 24)

### **Judo Mental:**

Su actitud siempre ha sido excelente. En sus actividades de ocio, es una persona que vive para y por el Judo. Nos solicita documentación y asesoramiento en relación a nuevas técnicas que ha visto en la televisión. A la fecha de la culminación de este proyecto, es el yudoca más preparado para la obtención del cinturón negro 1<sup>er</sup>. Dan, por lo cual, intensificamos su preparación para alcanzar, en breve, este objetivo.

De la entrevista que le hemos realizado entresacamos las siguientes conclusiones: ha mantenido las medidas de higiene que antes tenía y cuyos valores son muy positivos ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado muchísimo desde que hace Judo; valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se siente más seguro, se relaciona más con la gente; valores muy positivos ( $c_3$ ). Tiene más amigos que antes de hacer Judo; valores muy positivos ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas, solicitando y demandando a menudo información; sus valores son muy positivos ( $c_5$ ). Considera que la

educación en Judo le ha servido para sentirse mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Siente que el Judo le ha servido para que tenga más respeto hacia los demás y a su vez que los demás le tengan más respeto; valores muy positivos ( $c_6$ ). También ha notado que ahora es una persona más independiente; tanto que en la actualidad es una persona felizmente casada.

### **Participante 105:**

#### **Conductas adaptativas:**

En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), se ha producido un aumento considerable, ha pasado de obtener 47 puntos, en el año 2004, a los 51 puntos en el año 2008; esto hace un aumento de 7,41 puntos porcentuales. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), el aumento ha sido más moderado, de 1,64 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), el aumento ha sido de 4 puntos, (4,76 puntos porcentuales), aunque siguen siendo valores bajos porque su porcentaje sobre el total posible es del 82,53%. En cuanto a las destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido de 3 puntos, pasando de los 43 puntos que presentaba en la recogida de 2004 a los 46 puntos de la recogida de 2008; su aumento ha sido de 5,27 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 4,75 puntos, llegando al 95,91% del total posible.

(Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 3,83 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 3,51 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 6,72 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 7,54 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 1,74 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere, no presenta ningún problema a reseñar en las variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ . Pero a la vista de los datos anteriores, podemos afirmar que este sujeto, actualmente, se desenvuelve con escasa ayuda o supervisión. Aunque ha mejorado en todas las variables, todavía está claramente por debajo del promedio total del caso. Nos encontramos ante una persona que cuando inició el programa tenía poca independencia general que ha mejorado considerablemente.

#### **Autoestima:**

Otro sujeto cuyo aumento en su nivel de autoestima ha sido muy significativo, pasando del 64% al 90%, (26 puntos porcentuales) en estos cuatro años ( $b_5$ ). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo/normal

de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel muy alto de autoestima, en la actualidad. (Tablas 21 y 22)

Para poder ver con más claridad este aumento del nivel de autoestima, separamos el nivel total, en las variables  $b_1$ ,  $b_2$  y  $b_3$  y  $b_4$ . Así, podemos observar que el aumento se ha producido las dimensiones: general social y familiar (12, 8 y 8 puntos porcentuales). Mientras que en la variable familiar ha experimentado un ligero detrimento de 2 puntos porcentuales. (Tabla 24)

### **Judo Mental:**

Necesita mucha atención, pero cuando se le ofrece, te da lo mejor de sí misma. Su práctica física ha aumentado en estos años. Asiste con asiduidad a nuestras sesiones, participando y colaborando en las actividades grupales que proponemos.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha mantenido las medidas de higiene que ya presentaba al comienzo de su interacción en el programa y cuyos valores eran muy positivos ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado puesto que toma menos medicación que antes de hacer Judo; los valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se siente más segura, se relaciona más con la gente; valores muy positivos ( $c_3$ ). Tiene más amigos que antes de hacer Judo; sus valores son muy positivos ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas, sin objeción; sus valores son muy positivos ( $c_5$ ). Considera que la educación

en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Siente que el Judo le ha servido para que tenga más respeto hacia los demás y a su vez que los demás le tengan más respeto; valores muy positivos (c<sub>6</sub>). También ha notado que ahora es una persona más independiente.

### **Participante 106:**

#### **Conductas adaptativas:**

Sin datos para poder comparar. Aunque podemos destacar que en la recogida del 2004 presentaba una independencia significativa, un 98,79% sobre el total posible. Esto es 1,14 puntos porcentuales por encima de la media de la recogida de 2008, de todos los sujetos. En cuanto a las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub> y a<sub>4</sub>, también se encuentra por encima de la media (1,73, 7,02, 5,98 y 4,34 puntos porcentuales). <sup>(Tabla 16)</sup>. Tenemos que reseñar que en las variables (a<sub>6</sub>) y (a<sub>12</sub>), este sujeto presentaba un problema leve, que a través de la observación del investigador hemos podido comprobar que ha dejado de ser un problema.

A la vista de estos datos, podemos afirmar que este sujeto, cuando se incorpora al programa, se desenvolvía sin ayuda o supervisión.

### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, ha mejorado significativamente teniendo en cuenta, que no ha pasado el tiempo aconsejado inmerso en el programa: ha aumentado del 52% al 66% (b<sub>5</sub>). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel normal de autoestima, en el momento que abandona el programa. (Tablas 21 y 22)

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en las variables b<sub>1</sub>, b<sub>2</sub>, b<sub>3</sub> y b<sub>4</sub> para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el aumento se ha producido en todas las dimensiones: general, social, familiar y laboral (4, 2, 4 y 4 puntos porcentuales). (Tabla 24)

### **Judo Mental:**

Su Judo ha embellecido ostensiblemente, así como su actitud hacia este arte marcial. Debido a su incorporación al ámbito laboral, ha tenido que abandonar el programa, cuando su progresión era notoria.

### **Participante 107:**

#### **Conductas adaptativas:**

Como en el caso anterior, no tenemos datos para poder comparar. Pero destacamos que en la recogida del 2004 presentaba una independencia baja, un 96,72% sobre el total posible. Esto indica que si en

el año 2004 se encontraba con 0,50 puntos porcentuales por encima de la media, en la recogida de 2008 se encontraría 0,93 puntos porcentuales por debajo de la media. En cuanto a las variables  $a_1$ ,  $a_3$  y  $a_4$ , sus valores, respecto a la media de 2008, también estaría en clara desventaja: 5,68, 1,95 y 2,68 puntos porcentuales, respectivamente. <sup>(Tabla 16)</sup>. En la variable  $a_9$ ). Este sujeto presentaba un problema leve, que a través de la observación del investigador, ha dejado de ser un problema.

Creemos que del mismo modo que su autoestima ha aumentado en el poco tiempo de estancia en el programa, sus conductas adaptativas también han mejorado sensiblemente; todo ello, desde la observación del investigador.

#### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, ha mejorado significativamente, pasando del 60% al 74%; produciéndose un aumento de 14 puntos porcentuales ( $b_5$ ). En estos años ha pasado de presentar un nivel normal de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel normal/alto de autoestima, en el momento que abandona el programa <sup>(Tablas 21 y 22)</sup>. Como el sujeto anterior, abandona provisionalmente el programa debido a un “ataque de enamoramiento”. Así podemos constatar que el amor es una variable externa que incide sobre el programa, aunque no siempre de forma negativa; tenemos varios alumnos

que se han incorporado al programa porque su compañera o compañero ya se encontraba inmerso en él.

Si queremos ver con más objetividad la progresión de este aumento del nivel de autoestima, debemos desmenuzar el total en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ . De esta forma, podemos observar que el aumento se ha producido en las dimensiones: general, social, y laboral (8, 2, y 4 puntos porcentuales).

(Tabla 25)

### **Judo Mental:**

Aunque su asistencia a nuestro programa ha tenido un intervalo de dos meses; donde no ha practicado Judo por tener que asistir a un trabajo fuera del lugar en el cual se realizaban las actividades, ha mejorado tanto su actitud como su aptitud, aunque consideramos que en el momento de su abandono en el programa, disponía de un margen amplio para poder seguir progresando en los objetivos propuestos.

### **Participante 108:**

#### **Conductas adaptativas:**

En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ) y destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), ha mantenido sus valores altos. Pero en cuanto a las destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido espectacular, pasando de los 50 puntos que presentaba en la recogida de



2004 a los 57 puntos de la recogida de 2008; su aumento ha sido de 12,29 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 4,25 puntos, llegando al 99,37% del total posible. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere, no presenta problema alguno, a reseñar en las variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ .

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,73 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 7,02 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 5,98 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 7,75 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 1,72 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Los datos obtenidos en el apartado conductas adaptativas, nos proporcionan la suficiente información como para afirmar que, este sujeto,

actualmente se desenvuelve sin ayuda o supervisión. Su independencia general se encuentra, claramente, por encima del promedio general y es uno de los que más independencia tiene de todo el grupo.

**Autoestima:**

Otro caso cuyo aumento en su nivel de autoestima total ha sido muy significativo, pasando en estos cuatro años del 56% al 82% ( $b_5$ ), (26 puntos porcentuales). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel muy alto de autoestima, en la actualidad. (Tablas 21 y 22)

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$  y  $b_3$  y  $b_4$  para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el gran aumento se ha producido en la dimensión general, 20 puntos porcentuales. En las dimensiones social y laboral, el aumento ha sido de 2 y 4 puntos porcentuales, respectivamente. Mientras que en la variable familiar se ha mantenido en el porcentaje inicial. (Tabla 25)

Esta persona está relacionada sentimentalmente con el sujeto 102 y se da la circunstancia que su novia tuvo que abandonar el programa, pero él ha continuado hasta la actualidad. En estos momentos se ha interesado por la obtención del carné de conducir; se siente con capacidad para acometer los exámenes pertinentes. Pero sus tutores se lo desaconsejan por la dificultad

que entraña para él, el examen teórico, aunque su nivel de apoyo es limitado.

### **Judo Mental:**

Este sujeto nos ha proporcionado mucha satisfacción, puesto que si en un principio no era capaz de controlar su fuerza hacia los demás, por tener una gran corpulencia, ahora cuando se le coloca en situación de combate con un oponente inferior, es capaz de no ejercer abuso sobre él, estableciendo un gran control para no causarle daño.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha mantenido las medidas de higiene que antes tenía y cuyos valores eran muy positivos (c<sub>1</sub>). Estima que su salud ha mejorado desde que practica Judo; valores muy positivos (c<sub>2</sub>). Es más feliz que antes porque se siente más seguro, se relaciona más con la gente; valores muy positivos (c<sub>3</sub>). Tiene más amigos que antes de hacer Judo; sus valores son muy positivos (c<sub>4</sub>). Ha cambiado su aptitud en cuanto a aceptación de reglas; sus valores son muy positivos (c<sub>5</sub>). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Se siente más respetado y querido por los demás desde que hace Judo; valores muy positivos (c<sub>6</sub>). También ha notado que ahora es una persona más independiente.

**Participante 109:**

**Conductas adaptativas:**

En todas las dimensiones ha aumentado significativamente: en las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), 5,55 puntos porcentuales; en destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), 7,02 puntos porcentuales; en destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), 7,94 puntos porcentuales; y en destrezas “vida en la comunidad” (variable  $a_4$ ) su incremento ha sido todavía mayor, 8,80 puntos porcentuales, pasando de los 43 puntos que presentaba en la recogida de 2004 a los 48 puntos de la recogida de 2008. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 8 puntos, llegando al 96,63% del total posible. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere, no presenta ningún problema a reseñar (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,98 puntos porcentuales por debajo de la media general correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta un valor equivalente a la media general correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 3,54 puntos porcentuales por debajo de la media general correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 4,41 puntos porcentuales por debajo de la media general correspondiente a

esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,98 puntos porcentuales por debajo de la media general correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Actualmente se desenvuelve con escasa ayuda o supervisión, sus valores con respecto a las medias generales, en todas las variables son menores. Aunque tenemos que resaltar su progresión positiva en todas ellas.

#### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, ha mejorado significativamente, pasando del 54% al 78%; produciéndose un aumento de 24 puntos porcentuales ( $b_5$ ). En estos años ha pasado de presentar un nivel bajo de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel alto de autoestima. (Tablas 21 y 22)

Con la pretensión de observar con más claridad este aumento del nivel de autoestima, descomponemos el total en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ . Así, se evidencia que el aumento se ha producido en las dimensiones: general, social, y laboral (8, 4, y 2 puntos porcentuales). Pero hemos de señalar que en la variable laboral el aumento ha sido muy importante, 10 puntos

porcentuales. En esta dimensión comenzó el programa con un nivel muy bajo de autoestima y en la actualidad está en un nivel alto. (Tabla 25)

### **Judo Mental:**

Actitud moderada. Cuando más interés se le observa, es cuando se va acercando las fechas de evaluaciones de grado. Necesita una motivación extra y, cuando somos capaces de ofrecérsela responde adecuadamente. En la mayoría de las veces, no se integra en el grupo, aunque su timidez inicial ha desaparecido. Cuando se incorporó al programa, mostraba una rebeldía contra las dificultades, dificultad que va mermando a medida que se incrementa el tiempo de interacción en el programa.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha mejorado las medidas de higiene, se preocupa por su aspecto externo, valores muy positivos ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado desde que practica Judo; valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes. Se siente con más seguridad, se relaciona más con la gente; valores muy positivos ( $c_3$ ). Los amigos son los mismos que tenía antes, pero cree que las relaciones son mejores desde que hace Judo; sus valores son positivos ( $c_4$ ). Ha cambiado su aptitud en cuanto a aceptación de reglas pero con un progreso muy lento. Todavía se enfada alguna vez cuando le tiran en *Randori*; sus valores son positivos ( $c_5$ ). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona; ayuda a los que

considera más débiles que él. Se siente más respetado y querido por los demás desde que hace Judo; valores positivos ( $c_6$ ). Siempre ha sido una persona muy independiente.

### **Participante 110:**

#### **Conductas adaptativas:**

En casi todas las dimensiones ha aumentado significativamente: pero en las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), se ha mantenido en su valor inicial. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), ha aumentado 1,76 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), su aumento ha sido de 4,76 puntos porcentuales. Y en destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido todavía mayor, 7,04 puntos porcentuales, pasando de los 44 puntos que presentaba en la recogida de 2004 a los 48 puntos de la recogida de 2008. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 0,77 puntos porcentuales, llegando al 96,72% del total posible. <sup>(Tabla 16)</sup>

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 0,13 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 8,77 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 5,13 puntos porcentuales por

debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 4,41 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,93 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ). En la variable ( $a_9$ ), presentaba un problema leve que aunque ha mejorado, sigue siendo problema leve.

Actualmente se desenvuelve con escasa ayuda o supervisión, sus valores con respecto a los promedios generales, en todas las variables son negativos. Aunque tenemos que resaltar su progresión positiva en todas ellas.

#### **Autoestima:**

En este caso no se ha producido un gran aumento en su nivel de autoestima total, pasando del 54% al 64% ( $b_5$ ) aunque es la persona que menos sesiones de Judo Mental se ha perdido y que más cambios positivos, en cuanto a conductas adaptativas se refiere, ha experimentado. Ante estos datos, pensamos que sus bajos niveles de autoestima procedan de su impulsividad a la hora de rellenar los test que se le presentan, sin detenerse en exceso en comprender las preguntas del mismo. En estos años ha



pasado de presentar un nivel bajo de autoestima en el año 2004, a obtener un nivel normal de autoestima en el año 2008. (Tablas 21 y 22)

Para poder ver con más claridad este aumento del nivel de autoestima, separamos el nivel total, en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ . De esta forma, podemos observar que el aumento se ha producido en las dimensiones: general y laboral, 8 y 4 puntos porcentuales, respectivamente. Pero hemos de señalar que en la variable familiar ha habido un retroceso (2 puntos porcentuales) (Tabla 26).

### **Judo Mental:**

Tenemos que reseñar que su actitud es cada día mejor. La asistencia a clase ha sido correcta, justifica su posible falta a las actividades físicas, mediante aviso anterior.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Ha mantenido las medidas de higiene que tenía al principio del programa, valores muy positivos ( $c_1$ ). Dice que su salud ha mejorado desde que practica Judo; valores muy positivos ( $c_2$ ). Es más feliz que antes, se enfrenta a los problemas con otra actitud más positiva; valores muy positivos ( $c_3$ ). Ha hecho más amigos desde que hace Judo. Cree que en Judo es buenísima; sus valores son positivos ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas; sus valores son muy positivos ( $c_5$ ). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona, pero los

demás la respetan igual que antes; valores positivos ( $c_6$ ). Es una persona más independiente en la actualidad.

Los sujetos que a continuación se ponen de manifiesto en este trabajo, son las personas que no comenzaron el programa desde sus inicios, pero estimamos interesante que formen parte de esta investigación ya que nos ofrecen datos que afianzan las hipótesis planteadas. Todos los sujetos han seguido el programa un mínimo de tres años; tiempo que nosotros consideramos suficiente para que se evidencie el cambio, si se tiene que producir, en el nivel de autoestima de una persona con discapacidad intelectual con una necesidad de apoyo con intensidad intermitente o limitada.

### **Participante 111:**

#### **Conductas adaptativas:**

En casi todas las dimensiones ha aumentado significativamente: en las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), se ha mantenido en su valor inicial alto, el 100% del total posible. Pero en destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), ha aumentado 10,52 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), su aumento ha sido de 4,76 puntos porcentuales. Y en destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido de 7,04 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 6,50 puntos, llegando al 97,54% del total posible. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,73 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 1,75 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 2,81 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 4,41 por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,11 por debajo de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Aunque actualmente se desenvuelve sin ayuda o supervisión, tenemos que poner en relieve que la variable ( $a_4$ ) "vida en la comunidad", a pesar de haber mejorado sus valores, sigue siendo una variable que presenta dificultades en este sujeto.

### **Autoestima:**

Este sujeto es hermano del 101. De hecho, su incorporación al programa estuvo motivada por el entusiasmo, sobre Judo, que su hermano

presentaba en casa. Su nivel de autoestima ( $b_5$ ), ha pasado del 60% al 72%.  
Produciéndose un aumento de 12 puntos porcentuales. (Tablas 21 y 22)

Desmenuzando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , podemos observar que el aumento se ha producido en las dimensiones: general, social y laboral (6, 2 y 4 puntos porcentuales). (Tabla 26)

### **Judo Mental:**

Tanto su aptitud como su actitud han mejorado sustancialmente. Su incorporación al programa se ha realizado sin ningún problema.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: En la actualidad se observa un cambio positivo en sus hábitos de higiene; la valoración es muy positiva ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo. Ha dejado de tomar medicamentos que tomaba antes; La valoración es muy positiva ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se siente más seguro, se relaciona más con la gente; la valoración es muy positiva ( $c_3$ ). Tiene más amigos que antes de hacer Judo; la valoración es muy positiva ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas sin objeción. Se coloque con el compañero que sea para practicar Judo, nunca se opone; la valoración es muy positiva ( $c_5$ ). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Respeta a los demás y cree que los demás le respetan a él; la

valoración es muy positiva ( $c_6$ ). También ha notado que ahora es una persona más independiente. Intenta aprender cosas nuevas.

### **Participante 112:**

#### **Conductas adaptativas:**

En todas las dimensiones ha aumentado significativamente: en las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), su aumento ha sido de 11,12 puntos porcentuales, alcanzando el valor máximo de la categoría, en destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), ha aumentado 10,53 puntos porcentuales, alcanzando también el valor máximo, en destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), su aumento ha sido de 14,29 puntos porcentuales, en esta categoría también llega al valor máximo, en destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido de 10,53 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 18 puntos, llegando al 99,80% del total posible, lo que quiere decir, 2,15 puntos porcentuales por encima de la media y el valor más alto de todos. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,29 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 8,02 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente

a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 10,75 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 9,80 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 2,15 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere, no presenta ningún problema a reseñar en las variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ . Esto indica, que este sujeto, actualmente, es el que más independencia tiene y por ello, se desenvuelve sin ayuda o supervisión. En todas y cada una de las variables  $a_1$ ,  $a_2$ ,  $a_3$ ,  $a_4$  y  $a_{13}$  ha mejorado. Por lo cual este sujeto posee, en la actualidad, habilidades adaptativas que le permiten tener mucha autonomía.

### **Autoestima:**

Este sujeto es un ejemplo claro de superación ante las dificultades. Presenta una grave discapacidad física; su tren inferior está seriamente atrofiado y requiere una gran adaptación en todas y cada una de las técnicas que se proponen en el programa. Pero esto no ha sido un impedimento para su perfecta integración al grupo y para adquirir un nivel de autoestima más elevado que el que ofrecía cuando inició su andadura por el Judo Mental. Así su nivel ha pasado del 60% al 80% ( $b_5$ ). Ha pasado de ostentar un nivel de autoestima normal en el año 2005, a presentar en el año 2008 un nivel de autoestima alto. (Tablas 21 y 22)

Separando el total del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , podemos observar que el aumento se ha producido en todas y cada una de las dimensiones: general, social familiar y laboral (6, 4, 2 y 8 puntos porcentuales). (Tabla 26)

### **Judo Mental:**

Como ya hemos comentado anteriormente la adaptación que hemos tenido que realizar ha sido tan alta, como los progresos que el alumno ha experimentado. En estos momentos, sólo realiza técnicas de sacrificio, debido a su imposibilidad para realizar técnicas que requieran desplazamientos de pierna o cadera.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Sus hábitos de higiene son muy buenos; la valoración es muy positiva ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo. El Judo le ha proporcionado más equilibrio físico y de este modo se cae mucho menos al suelo de lo que se caía antes; La valoración es muy positiva ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque se siente mucho más seguro de sí mismo. Trata los problemas con más tranquilidad; la valoración es muy positiva ( $c_3$ ). El Judo le ha proporcionado más amistades, que mantiene en la actualidad; la valoración es muy positiva ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas sin objeción. En la actualidad es capaz de enseñar reglas de respeto a los demás componentes del programa; la valoración es muy positiva ( $c_5$ ).

Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona; ayuda a los que considera más débiles que él. Respeta a los demás más que antes y cree que los demás le respetan a él y están dispuestos a ayudarlo; la valoración es muy positiva (c<sub>6</sub>). Cree que ahora es una persona mucho más independiente que antes y que esta independencia se la ha proporcionado el Judo.

### **Participante 113:**

#### **Conductas adaptativas:**

En casi todas las dimensiones ha aumentado poco: en las destrezas “sociales y comunicativas” (a<sub>2</sub>), se ha mantenido en su valor bajo inicial, un 73,68%, en destrezas “motoras” (a<sub>1</sub>) su incremento ha sido de 5,56 puntos porcentuales, pero sigue estando 3,77 puntos porcentuales por debajo del promedio general, en destrezas “vida personal” (a<sub>3</sub>), su aumento ha sido de 1,58 puntos porcentuales, y en destrezas “vida en la comunidad” (a<sub>4</sub>) su incremento ha sido de 18,79 puntos porcentuales. Aunque parezca que este aumento ha sido espectacular, tenemos que reseñar que está todavía 13,21 puntos porcentuales por debajo de la media de esta variable. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 0,82 puntos porcentuales, llegando al 95,09% del total posible. <sup>(Tabla 16)</sup>

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:



En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 3,83 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 19,30 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 6,72 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 13,21 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 2,56 puntos porcentuales por debajo de su media. (Tabla 16)

En cuanto a los problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Actualmente se desenvuelve con escasa ayuda o supervisión y sus valores con respecto a las medias, en todas las variables son negativos.

### **Autoestima:**

Este sujeto, aunque se pueda observar que ha mejorado mucho en este aspecto, los datos extraídos del test nos indican que no presenta un cambio significativo en su nivel de autoestima, ya que ha pasado del 44% al 54%, ( $b_5$ ). Su nivel, aún aumentando en 10 puntos porcentuales, sigue siendo el nivel de autoestima más bajo de todo el programa, no llenago a considerarse normal (Tablas 21 y 22), pero no estamos del todo satisfechos y

creemos que es un sujeto que necesita más interacción con el programa para llegar a alcanzar los niveles del resto de compañeros inmersos en él.

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el aumento que se ha producido de las dimensiones: general, social y laboral ha sido escaso (4, 2 y 4 puntos porcentuales), mientras que en la dimensión familiar no ha experimentado crecimiento alguno. (Tabla 27)

### **Judo Mental:**

En las clases de Judo hemos observado que sus ganas de trabajar han mejorado. No obstante, su obesidad le imposibilita para mejorar en coordinación y equilibrio.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Sus hábitos de higiene son buenos; la valoración es muy positiva ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo. Come menos chucherías y esto ha hecho que haya perdido 5 kilos. Ha disminuido la ingesta de medicamentos. La valoración es positiva ( $c_2$ ). Es más feliz que antes porque viene contenta a Judo; la valoración es muy positiva ( $c_3$ ). El Judo le ha proporcionado más amistades, que mantiene en la actualidad. Habla con todos los compañeros pero mantiene predilección por unos más que otros. En la actualidad sonríe mucho; la valoración es muy positiva ( $c_4$ ). Siempre ha aceptado las reglas sin objeción; la valoración es positiva ( $c_5$ ).

Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona. Respeto a los demás más que antes y los demás le respetan; la valoración es positiva (c<sub>6</sub>). Cree que ahora es una persona mucho más independiente que antes y que esta independencia se la ha proporcionado el Judo.

### **Participante 114:**

#### **Conductas adaptativas:**

Sin datos en el año 2008 para poder comparar. Sólo podemos destacar que en la recogida del 2004 presentaba una independencia baja, un 94,56% sobre el total posible. Esto es 1,66 puntos porcentuales por debajo de la media. En cuanto a las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub> y a<sub>4</sub>, también se encontraba por debajo de la media (5,34, 8,25, 10,17 y 8,04 puntos porcentuales). (Tabla 16).

#### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, en el tiempo que permaneció en el programa, mejoró en 12 puntos porcentuales, del 62% al 74% (b<sub>5</sub>). En este ha pasado de presentar un nivel normal de autoestima en el año 2005, a obtener un nivel alto de autoestima, en el momento que abandona el programa (verano del 2006). (Tablas 21 y 22) Aunque pensamos que para mejorar estos resultados debería pasar más tiempo inmerso en el programa.

A fin de comprobar este aumento del nivel de autoestima con más claridad, descomponemos el total del nivel en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ . Así, podemos observar que el aumento ha sido poco significativo, pero se ha producido en todas las dimensiones: general, social, familiar y laboral, 2, 2, 4 y 4 puntos porcentuales, respectivamente (Tabla 27).

### **Judo Mental:**

Sus hábitos de higiene han mejorado considerablemente. En un momento de su interacción en el programa, presentó problemas de hongos y él mismo lo puso en conocimiento de toda la clase, para evitar contagios. En los hábitos de relación con los demás sigue con dificultades de relación, aunque hemos detectado que recoge más solidaridad con sus compañeros. Pide más información que antes y hace sugerencias de vez en cuando. Si en un principio fluctuaba de la alegría a la tristeza con demasiada facilidad, cuando dejó el programa tenía más episodios de alegría que de tristeza.

### **Participante 115:**

Es hermana del sujeto 103 y novia del 112. A través de las insistencias de ambos sujetos se produce su incorporación al programa, después de casi un año de haber comenzado. Aunque tenemos que señalar que si el tiempo que ha estado inmersa en el programa ha sido más corto que muchos de los sujetos, su progreso ha sido uno de los más espectaculares.

### **Conductas adaptativas:**

En todas las dimensiones ha aumentado significativamente. En las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), su aumento ha sido de 7,41 puntos porcentuales, alcanzando el valor máximo de la categoría. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), ha aumentado 8,77 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), su aumento ha sido de 20,63 puntos porcentuales, en esta categoría ha pasado de tener 47 puntos en el año 2005 a 60 puntos en el año 2008. En destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido de 10,53 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 14 puntos, llegando al 97,73% del total posible. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,73 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta un valor equivalente a la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 5,98 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 2,68 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 0,08 puntos porcentuales por encima de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta, al comienzo del programa no presentaba ningún comportamiento a destacar y así se ha mantenido (variables  $a_5$ ,  $a_6$ ,  $a_7$ ,  $a_8$ ,  $a_9$ ,  $a_{10}$ ,  $a_{11}$  y  $a_{12}$ ).

Los datos obtenidos en el apartado conductas adaptativas, nos proporcionan la suficiente información como para asegurar que, este sujeto, actualmente se desenvuelve sin ayuda o supervisión. Ha mejorado en todas las variables y su independencia general se encuentra por encima del promedio general.

#### **Autoestima:**

Su nivel de autoestima total, ha aumentado en 20 puntos porcentuales, pasando del 72% al 92% ( $b_5$ ). En la actualidad presenta el valor más elevado de todos los sujetos del caso. Ha pasado de ostentar un nivel de autoestima normal en el año 2005, a presentar en el año 2008 un nivel de autoestima muy alto. (Tablas 21 y 22).

Desmenuzando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , podemos observar que el aumento se ha producido las dimensiones: general y social: 16 y 4 puntos porcentuales respectivamente (Tabla 27). Tenemos que señalar en este punto que en las dimensiones que no ha experimentado aumento (familiar y laboral), ya tenía una valoración muy alta.

### **Judo Mental:**

Tanto su aptitud como su actitud son dignas de resaltar. En la actualidad está perfectamente integrada y es un miembro fundamental del programa, por su condición de líder. Siempre comunicativa y locuaz, hace grupo.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Sus hábitos de higiene son muy buenos; la valoración es muy positiva (c<sub>1</sub>). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo. El Judo le ha proporcionado más confianza; La valoración es muy positiva (c<sub>2</sub>). Es feliz porque se conforma con lo que tiene, está contenta y agradece tener gente a su alrededor que la quiere; la valoración es muy positiva (c<sub>3</sub>). El Judo le ha proporcionado amistades, que mantiene en la actualidad; la valoración es muy positiva (c<sub>4</sub>). Siempre ha aceptado las reglas sin objeción. En la actualidad es capaz de enseñar reglas de respeto a los demás componentes del programa; la valoración es muy positiva (c<sub>5</sub>). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse muchísimo mejor persona porque maduras más; ayuda a los que considera más débiles que ella; la valoración es muy positiva (c<sub>6</sub>). Cree que ahora es una persona mucho más independiente que antes porque sabe valerse por sí misma, vive en un piso tutelado con otra persona y tiene que cocinar o planchar cuando es necesario. En cuanto a su vida, estima que ha mejorado en estos años;

ahora se quiere más que antes, se ve capaz de hacer muchas mas cosas y sabe que las hace mejor.

**Participante 116:**

Tanto este sujeto como el siguiente (117) se han inscrito en el programa a finales del 2005. Pero su mejoría en todas las dimensiones que recogemos en este trabajo, han sido tan significativas, que estimamos conveniente y necesario introducirlas en los análisis que hemos realizado para la validación de las hipótesis.

**Conductas adaptativas:**

En casi todas las dimensiones ha aumentado significativamente: en las destrezas “motoras” ( $a_1$ ), su aumento ha sido de 5,55 puntos porcentuales. En destrezas “sociales y comunicativas” ( $a_2$ ), ha aumentado 12,28 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” ( $a_3$ ), ha experimentado en descenso de 3,17 puntos porcentuales. En este apartado sigue estando bajo la excesiva protección de su madre; en las labores de casa no tiene participación alguna. En cambio en destrezas “vida en la comunidad” ( $a_4$ ) su incremento ha sido de 21,05 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 7,25 puntos, llegando al 95,52% del total posible <sup>(Tabla 16)</sup>.



La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 1,98 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 3,51 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 14,65 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 13,21 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 2,13 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere (variables  $a_5$ - $a_{12}$ ), tenemos que reseñar que han disminuido los comportamientos autolesivo ( $a_5$ ); no es problema, actualmente. Sus estereotipias ya no constituyen problema alguno ( $a_9$ ). La variable  $a_{11}$  (retramiento o falta de interés) ha aumentado positivamente, su valoración a pasado de ser un problema moderado a no ser problema, en la actualidad.

Esto quiere decir, que este sujeto, actualmente se desenvuelve con menos ayuda y supervisión, aunque su progresión ha sido bastante significativa.

### **Autoestima:**

Su cambio a nivel de autoestima ha sido significativo, pasando de un 68% a un 84% actual ( $b_5$ ). Ha pasado de ostentar un nivel de autoestima normal en el año 2005, a presentar en el año 2008 un nivel de autoestima muy alto (Tablas 21 y 22).

Pero su cambio a nivel conductual ha sido espectacular. Sus padres comentan que en estos momentos ha pasado de ser una persona hiperactiva e incluso incontrolable, a ser una persona afable y especialmente tranquila, capaz de razonar la mayoría de sus conductas.

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el aumento se ha producido las dimensiones: general, social y familiar (8, 2 y 6 puntos porcentuales). (Tabla 28)

### **Judo Mental:**

Este sujeto ha pasado a ser una persona muy difícil de controlar en el tatami, por su alta hiperactiva y falta de atención, a ser un miembro más del programa cuya presencia en el mismo, potencia y mejora las relaciones entre los demás. Es mucho más participativo. No tiene los problemas de aceptación de reglas que tenía en un principio. Recogida mucha satisfacción cuando la técnica propuesta por el maestro, la realiza bien.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Sus hábitos de higiene son muy buenos; la valoración es muy positiva (c<sub>1</sub>). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo. Su cuerpo le cuida más que antes; La valoración es muy positiva (c<sub>2</sub>). Es feliz en Judo porque aprende a defenderse. Es como sus compañeros de bueno y coopera en hacer las cosas con ellos; la valoración es muy positiva (c<sub>3</sub>). El Judo le ha proporcionado más amigos; la valoración es muy positiva (c<sub>4</sub>). Ahora acepta las reglas sin objeción; la valoración es muy positiva (c<sub>5</sub>). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor persona porque se entiende y al entenderse sabe defenderse mejor. Cuando llega una persona nueva a Judo y le pide que le enseñe una llave, él lo hace. La valoración es muy positiva (c<sub>6</sub>).

### **Participante 117:**

Ingresa en el programa aconsejada por su tutora, como última alternativa para solucionar su grave problema de conducta.

### **Conductas adaptativas:**

En casi todas las dimensiones ha aumentado significativamente: en las destrezas “motoras” (a<sub>1</sub>), su aumento ha sido de 9,26 puntos porcentuales. En destrezas “sociales y comunicativas” (a<sub>2</sub>), ha aumentado 7,02 puntos porcentuales. En destrezas “vida personal” (a<sub>3</sub>), no ha experimentado variación. En destrezas “vida en la comunidad” (a<sub>4</sub>) su aumento ha sido de

7,02 puntos porcentuales. Con todo esto, su independencia general ha mejorado en 6,50 puntos, llegando al 96,24% del total posible. (Tabla 16)

La comparación de la recogida de 2008 sobre las medias totales, ofrece los siguientes resultados:

En la variable  $a_1$ , este sujeto presenta 0,13 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_2$ , presenta 3,51 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_3$ , presenta 6,72 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_4$ , presenta 7,94 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. En la variable  $a_{13}$ , presenta 1,41 puntos porcentuales por debajo de la media correspondiente a esta variable. (Tabla 16)

En cuanto a problemas de conducta se refiere (variables  $a_5$ - $a_{12}$ ), tenemos que reseñar que sus estereotipias han cesado y no constituyen problema alguno ( $a_9$ ).

Con los datos que nos proporciona el ICAP, podemos afirmar que este sujeto, actualmente se desenvuelve con menos ayuda y supervisión. Aunque su progresión ha sido bastante significativa todavía se encuentra claramente por debajo del promedio general de la independencia general.

### **Autoestima:**

Su aumento de autoestima total ha sido de 14 puntos porcentuales ( $b_5$ ). Así, ha pasado del 66% al 80% en este tiempo que lleva inmersa en el programa. Ha pasado de ostentar un nivel de autoestima normal en el año 2005, a presentar en el año 2008 un nivel de autoestima muy alto. (Tablas 21 y 22)

Desarrollando este aumento del nivel de autoestima en las variables  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$  y  $b_4$ , para dar mayor claridad a este progreso, podemos observar que el aumento se ha producido las dimensiones: general, social y familiar (10, 2 y 2 puntos porcentuales). (Tabla 28)

### **Judo Mental:**

Si en un principio era muy difícil requerir su atención y motivación, hoy en día es una de las yudocas que más dispuesta está para realizar las técnicas que se le ordenan. Recogida solidaridad con sus compañeros. Han aumentado su frecuencia de solicitud de orientación, información y sugerencias.

De la entrevista que le hemos realizado podemos entresacar las siguientes conclusiones: Sus hábitos de higiene han mejorado desde que viene a Judo; la valoración es muy positiva ( $c_1$ ). Estima que su salud ha mejorado gracias al Judo; La valoración es muy positiva ( $c_2$ ). Es más feliz

porque en su trabajo la respetan más. Ha pasado de trabajar con una tutela muy intensa a integrarse en un grupo de trabajadores donde la tutela es más benévola; la valoración es muy positiva (c<sub>3</sub>). El Judo le ha proporcionado amigos; la valoración es muy positiva (c<sub>4</sub>). Ahora acepta las reglas sin objeción; la valoración es muy positiva (c<sub>5</sub>). Considera que la educación en Judo le ha servido para sentirse mejor persona. Está mejor internamente. Colabora más en las actividades grupales; la valoración es muy positiva (c<sub>6</sub>).

Una vez realizados los análisis oportunos en todos los sujetos, podemos confirmar que la práctica del Judo Mental, durante un tiempo determinado y en un contexto especial, modifica positivamente las conductas adaptativas de las personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyos en una intensidad intermitente o limitada, que lo práctica. Esto hace que la independencia general del individuo se vea mejorada, posibilitando una mejor integración en los ámbitos social, familiar y laboral.

También podemos confirmar que su nivel de autoestima se eleva significativamente, mejorando aspectos tan importantes como hábitos de salud e higiene, seguridad personal, relación con los demás aceptación de reglas y participación y colaboración en actividades grupales, presentando al final de la interacción con el programa una mejor imagen de sí mismo. Esto hace, en definitiva, que el bienestar personal del yudoca se vea beneficiado sustancialmente.

## **Capítulo VI: Conclusiones**





Con este estudio se ha examinado el componente socializador y generador de bienestar, del Judo como agente mental y físico en personas con discapacidad intelectual con apoyos intermitentes o limitados. Para ello, se ha tenido en cuenta que el Judo, con una adaptación adecuada a la consecución de los objetivos propuestos, puede ser un perfecto instrumento para mejorar su estado físico, acrecentar sus hábitos de higiene, su estado emocional y su nivel de autoestima, adquirir más independencia, perder el miedo, disminuir la ansiedad y los problemas de conducta, progresar en la participación en actividades colectivas y en la relación con los demás.

Desde esta perspectiva, hemos podido constatar, basándonos en los resultados obtenidos de las diferentes fuentes cualitativas y cuantitativas de la investigación, la incidencia de un programa de intervención con una adaptación física y mental sobre el bienestar personal de la persona que interactúa con él.

En consecuencia, para dar complemento a los resultados expuestos en el apartado anterior, presentamos las siguientes conclusiones:

En las dimensiones de calidad de vida propuestas en nuestro programa, se ha detectado, a través de la observación en las sesiones de Judo, en la dimensión **bienestar emocional** y en el indicador **seguridad**, una mejora significativa en el grupo; en la actualidad tienen más seguridad a

la hora de enfrentarse a los problemas que se les presentan, tanto en los juegos como en las actividades de *Randori*. Esto es fácilmente detectable cuando se les cambia de compañero y se añade una dificultad que anteriormente no conocían (rival más corpulento, rival zurdo o rival con más grado).

En el indicador de **autoconcepto** (una parte importante de la autoestima), el cambio se evidencia en la yuxtaposición de las recogidas de datos que se han recogido en el test de autoestima de Coopersmith. El aumento del nivel de autoestima en sus variables: general, social, familiar y laboral, evidencia que este indicador ha ido mejorado a lo largo de la interacción del programa, así como su actitud en las sesiones educativas. Los participantes del programa toman mayor decisión a la hora de actuar y de llevar un comportamiento consecuente. Su juicio de valor sobre sus cualidades personales también ha mejorado. Se sienten más capacitados para enfrentarse a problemas cotidianos. Perciben una mejor aceptación entre sus iguales cuando éstos conocen su faceta de practicante de Judo.

Siguiendo con la dimensión **bienestar emocional**, en su indicador **felicidad** hemos observado que la entrada del yudoca en el *Dojo* y el desarrollo de las actividades continúan ofreciéndose con la misma motivación que en los inicios del programa.

En la dimensión **relaciones interpersonales** en su indicador **amistades**, se puede comprobar que la amistad entre los miembros del programa se ha afianzado, generalizándose a contextos externos al *Dojo*. En el indicador **afecto** hemos observado un aumento muy significativo en cuanto a afrontar las demandas de ayuda de los demás, con mucho más agrado que al principio de la puesta en marcha del programa. El clima de compañerismo se ha ido incrementando a medida que ha pasado el tiempo. También la **implicación y participación** del grupo ha ido en aumento; la falta de participación de algún yudoca en los primeros meses de interacción con el programa, ha desaparecido al final del mismo.

La intensidad de **apoyos** (último indicador de la dimensión **relaciones interpersonales**) ha ido decreciendo conforme el programa se ha consolidado, propiciando un mejor funcionamiento individual de cada yudoca. Así, la independencia de cada yudoca ha mejorado el desarrollo del propio programa.

En la dimensión **desarrollo personal**, los indicadores **actividades significativas, habilidades, competencia personal y progreso** tienen una gran correlación entre el programa y los miembros integrados en él. De este modo las sesiones educativas han incidido positivamente, y así se ha observado, en la mejora de la competencia personal del yudoca, en sus habilidades adaptativas y en el sentimiento de progreso que él ha

experimentado. Después de la interacción con el programa, el grupo ha adquirido hábitos saludables y conductas más sociables que han contribuido a que su calidad de vida se vea mejorada.

Pasando a la dimensión **bienestar físico**, en el indicador **salud** se ha observado que varios de nuestros yudocas han dejado de tomar medicación para disminuir la ansiedad de la que hacían gala antes de comenzar la práctica de Judo Mental. Esto hace que su conducta adaptativa se vea enriquecida.

En cuanto a la dimensión **autodeterminación**, en sus distintos indicadores **autonomía, decisiones, autodirección, control personal y elecciones**, la observación continua en las sesiones educativas nos lleva a aseverar que el grupo ha mejorado significativamente: tienen una mayor autonomía y seguridad para proponer cambios en la composición de parejas en el *Randori*. También hemos descubierto que han obtenido mayor control personal en el momento en que se les presenta alguna dificultad; por ejemplo cuando un compañero ha tenido un día difícil y está especialmente irritable, ser capaz de reducirle este estado de alerta, a través del diálogo.

En el indicador **valores personales y metas**, los yudocas son cada vez más capaces de proponer metas alcanzables y lograrlas. Entre el grupo se han establecido valores morales y éticos tales como solidaridad, ayuda, unión, participación, amistad y generosidad, entre otros. En conversaciones

con sus familiares se evidencia un cambio positivo de estos valores tanto en el microsistema, como en el mesosistema del yudoca.

Todas estas dimensiones tienen que conducir a una mejor inclusión social del individuo. En este sentido, el indicador **aceptación** de la última dimensión propuesta en nuestro programa (**inclusión social**), nos revela que el grupo, actualmente, se siente más seguro de sí mismo, tienen mejor autoconcepto y su nivel de autoestima ha sido elevado destacadamente.

Al final de nuestra intervención, hemos podido comprobar que el dominio del cuerpo de los alumnos se ha acrecentado, logrando gran destreza para realizar las técnicas de Judo, para correr y saltar en los juegos y para lograr la concentración exigida en las actividades de relajación. Por ejemplo, el alumno que presenta escoliosis y cifosis asociada a su discapacidad intelectual ha mejorado considerablemente, perdiendo el miedo que tenía en un principio a todo el tema de caídas, realizando en la actualidad todas las técnicas casi perfectamente, sin temor a realizar *Randori* con otros compañeros de más corpulencia.

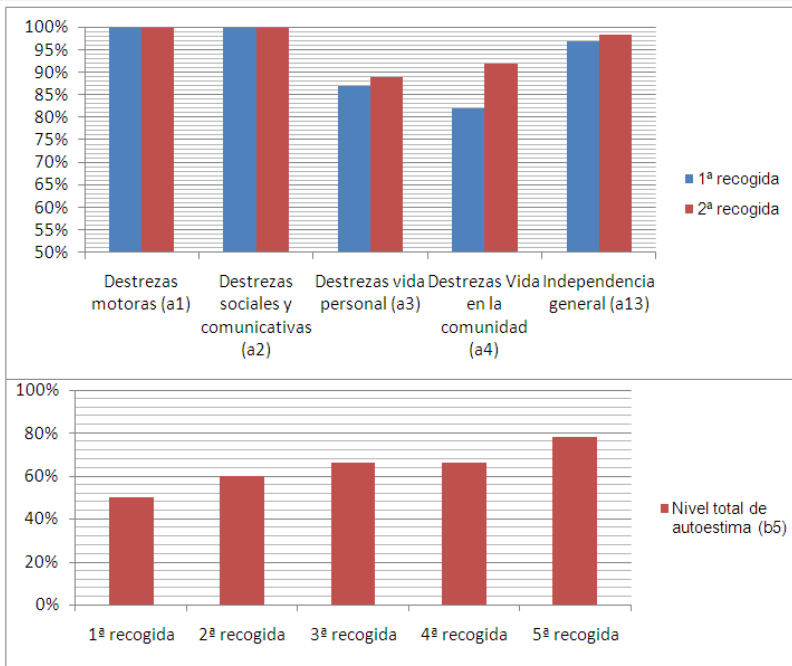
Conforme ha pasado el tiempo, las alumnas y alumnos han adquirido mayor coordinación, agilidad y flexibilidad; mayor interés y capacidad para jugar en grupo; la atención se mantiene por más tiempo; ha aumentado la capacidad de concentración y de observación, lo que posibilita mayor realismo y precisión en sus técnicas.

Se ha confirmado una mejora significativa en la capacidad para generar de manera espontánea un mayor número de alternativas de solución ante situaciones problemáticas hipotéticas, así como el incremento en la calidad de dichas soluciones. Además, se evidencia una mejora significativa en las dimensiones de la conducta adaptativa de los sujetos participantes, entre las que destacamos por ser significativa su evolución: la responsabilidad, la autoestima, el seguimiento de normas, las relaciones interpersonales y el aseo.

Por otro lado, el programa ha favorecido una percepción más realista de sí mismos en aspectos motivacionales tales como el autoconcepto y la autopercepción, así como un estilo atribucional más maduro y adaptativo. Todo esto proporciona a los participantes una capacitación que mejora sus relaciones con los demás.

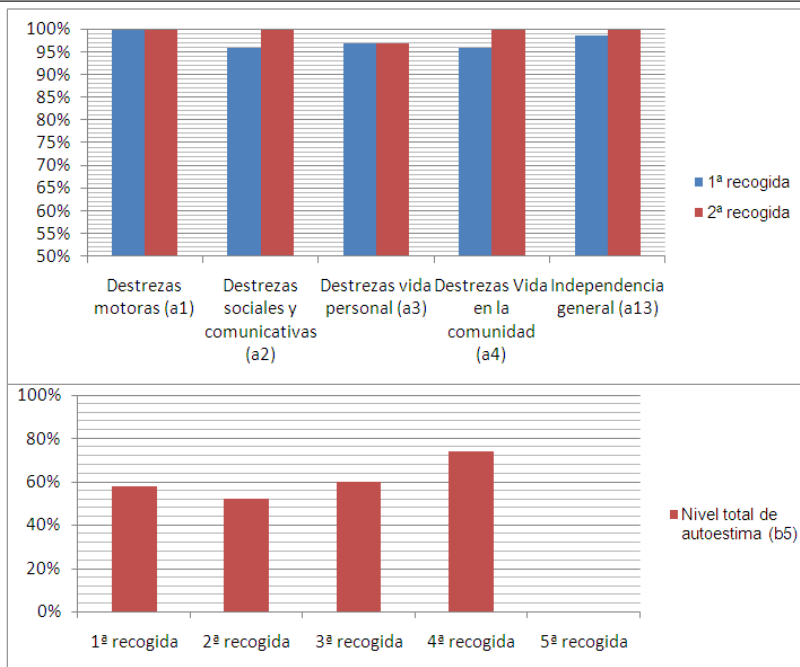
En un nivel individual y para poder observar con más precisión los cambios producidos en los participantes del programa de intervención presentamos un grupo de gráficos, donde se puede apreciar la evolución personal de las variables más relevantes de nuestro trabajo:

**Gráfico 71. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 101)**



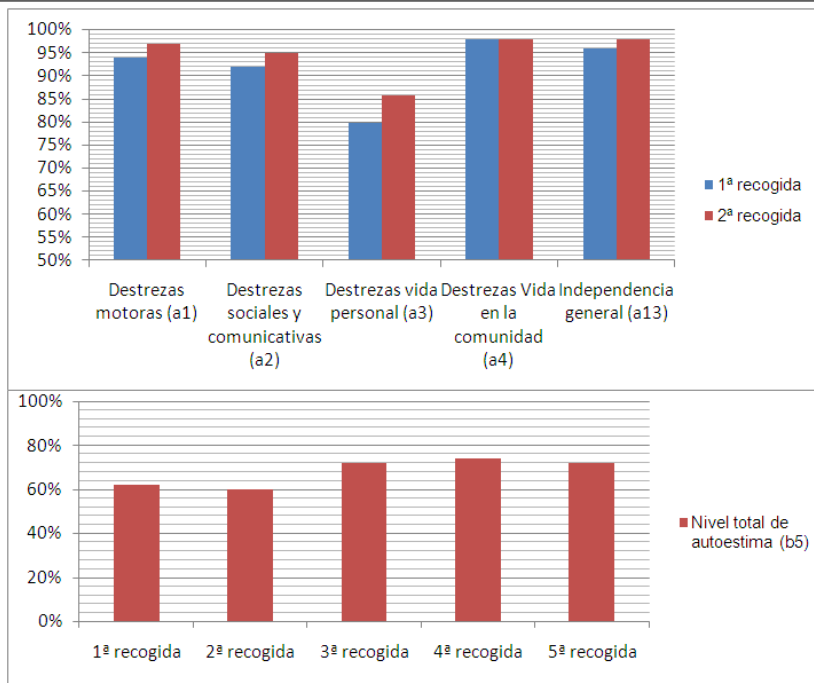
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 72. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 102)**



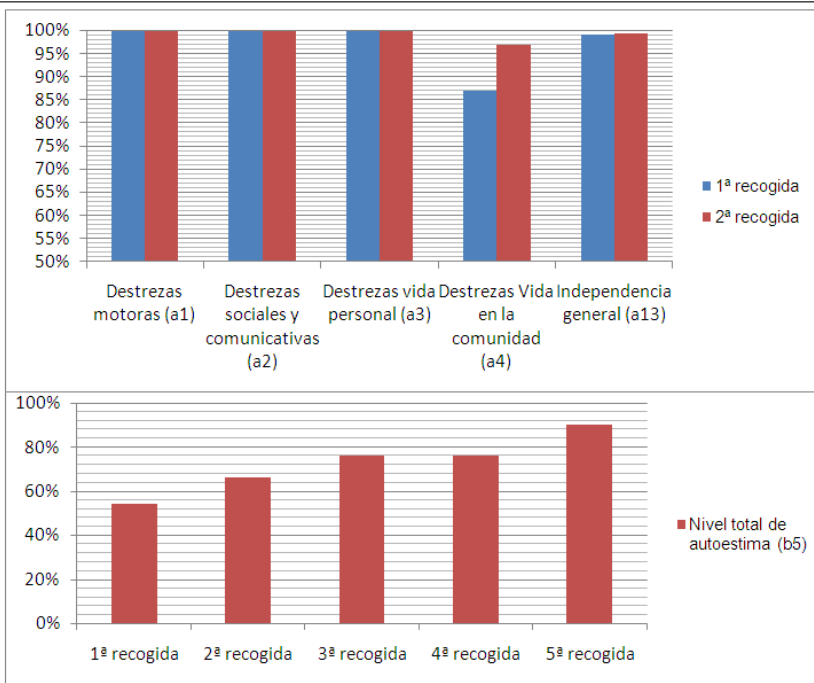
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 73. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 103)**



Fuente: elaboración propia

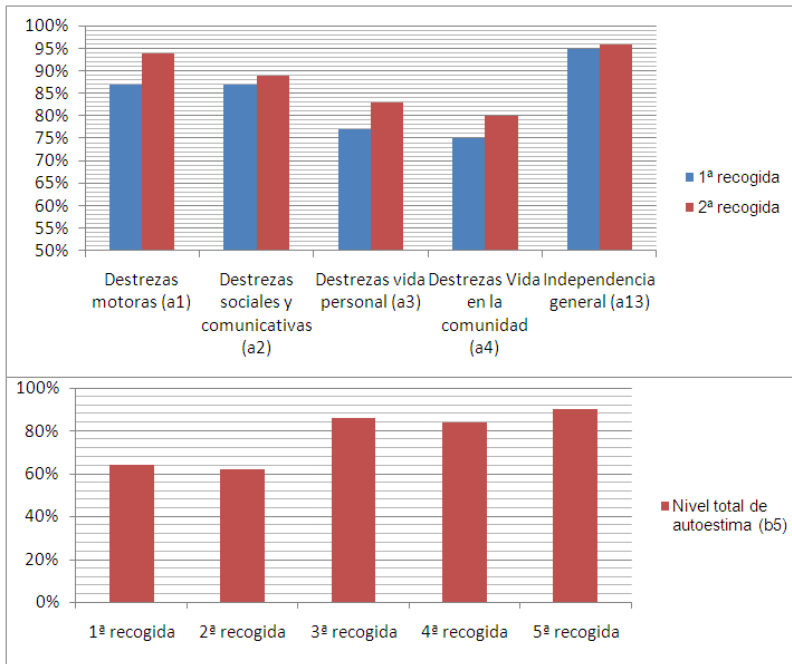
**Gráfico 74. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 104)**



Fuente: elaboración propia

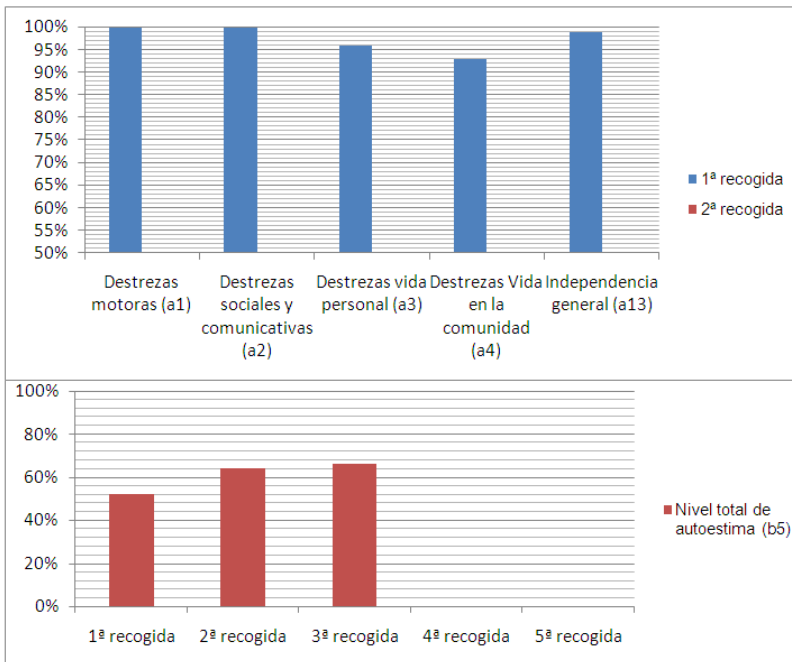


**Gráfico 75. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 105)**



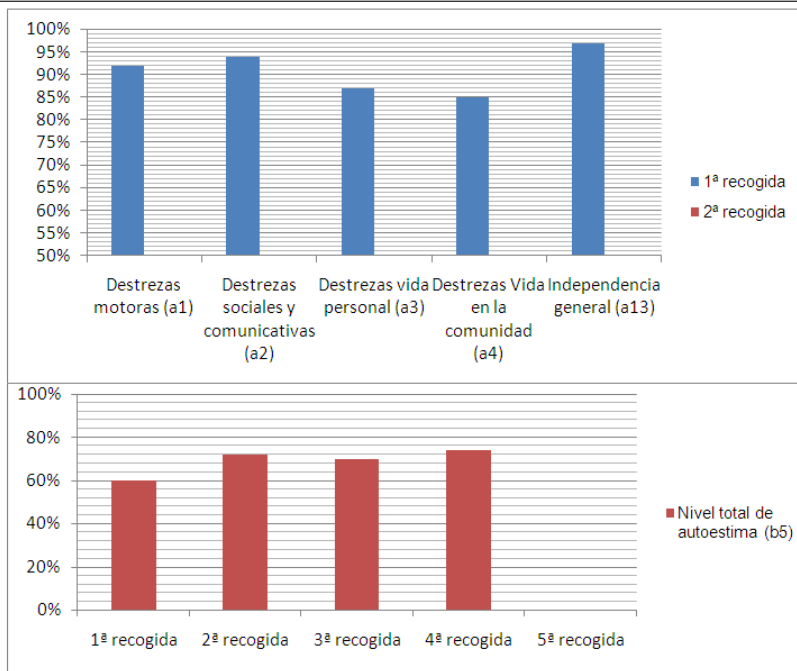
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 76. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 106)**



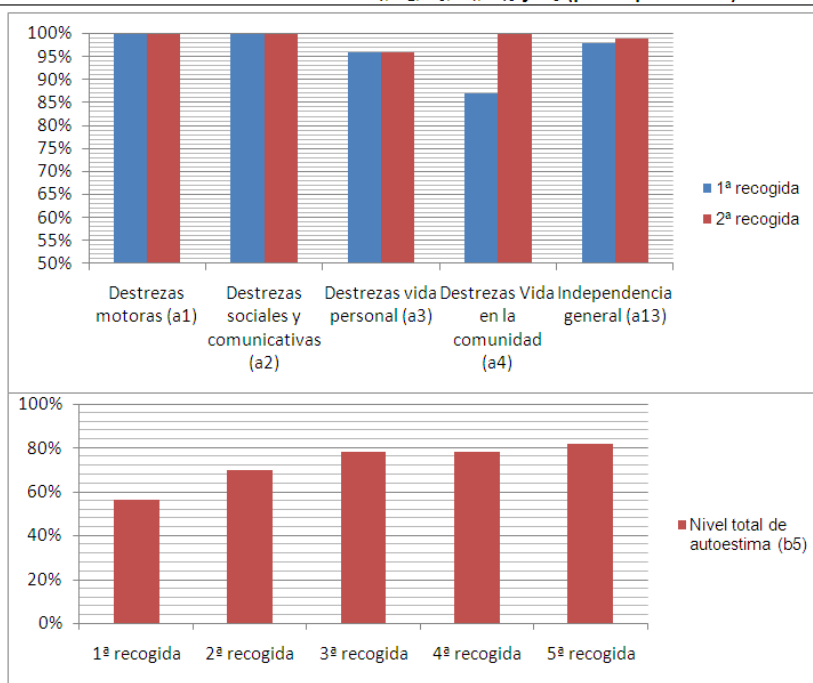
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 77. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 107)**



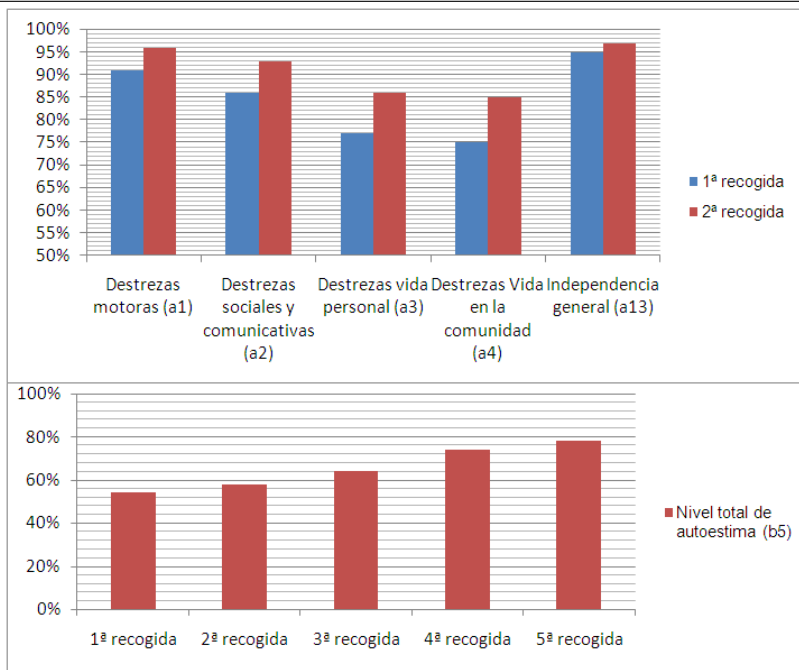
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 78. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 108)**



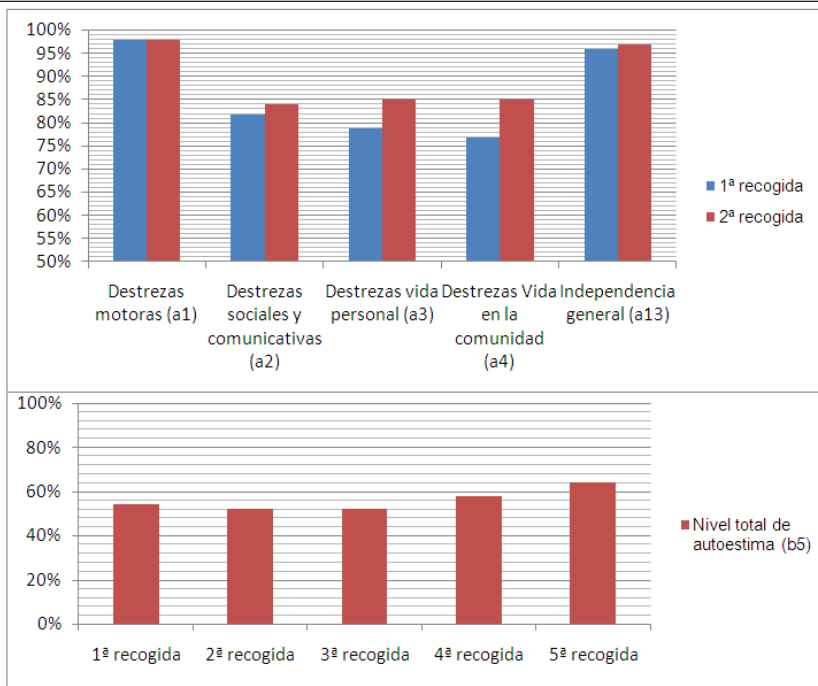
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 79. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 109)**



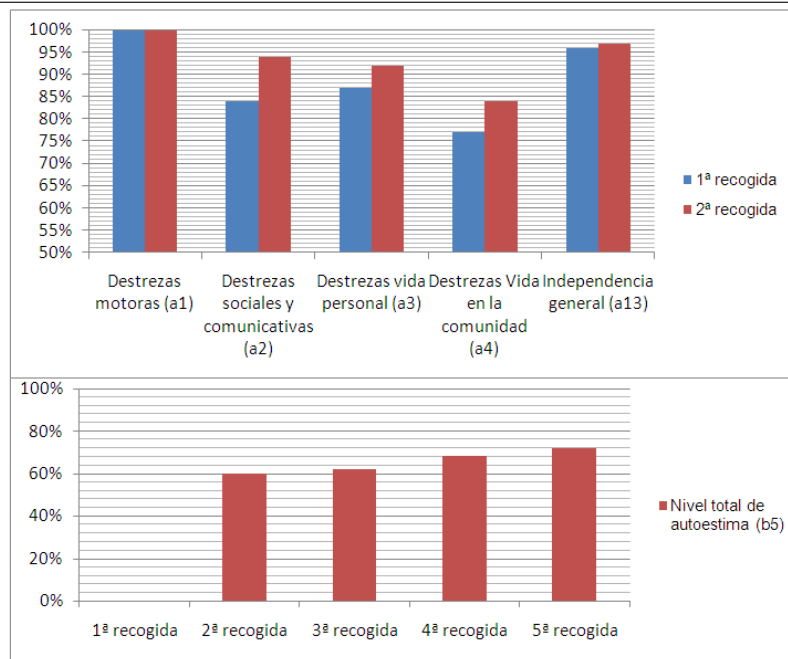
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 80. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 110)**



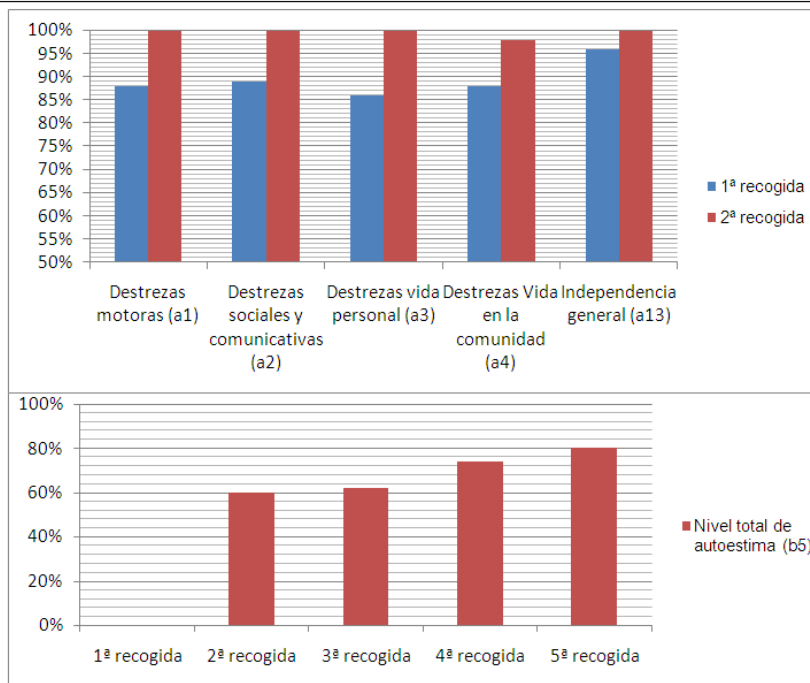
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 81. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 111)**



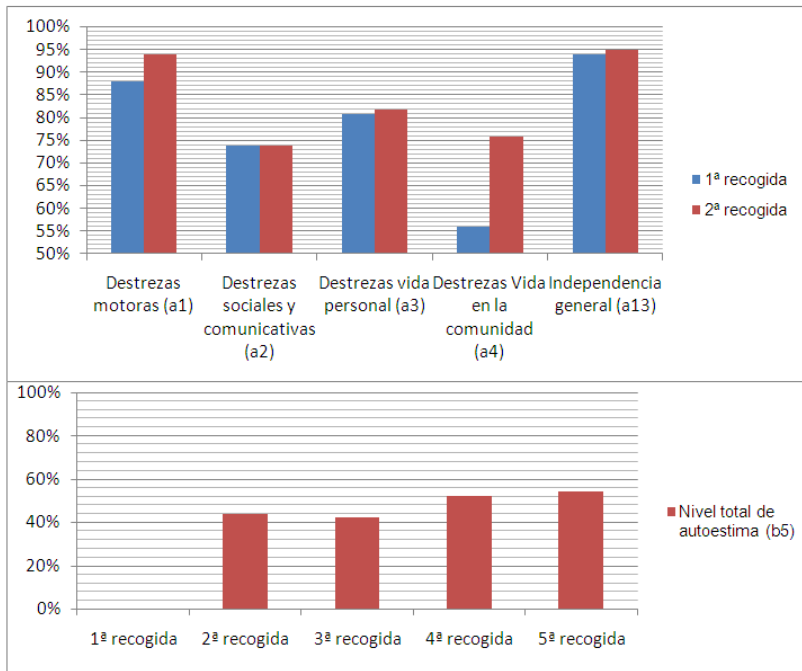
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 82. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 112)**



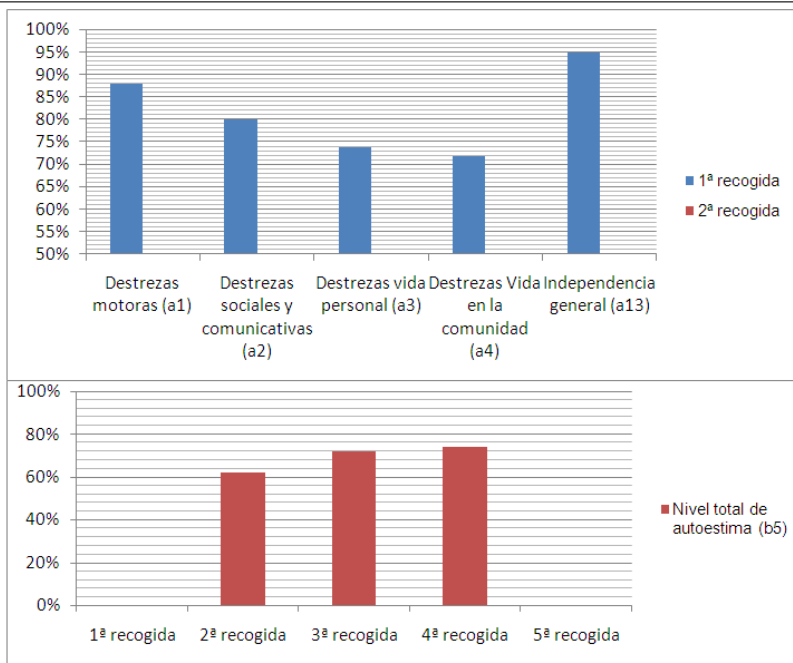
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 83. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 113)**



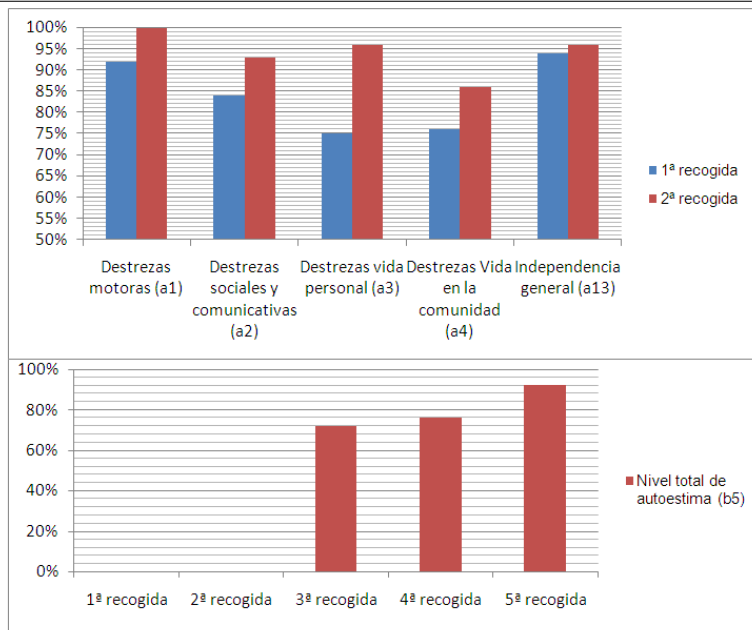
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 84. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 114)**



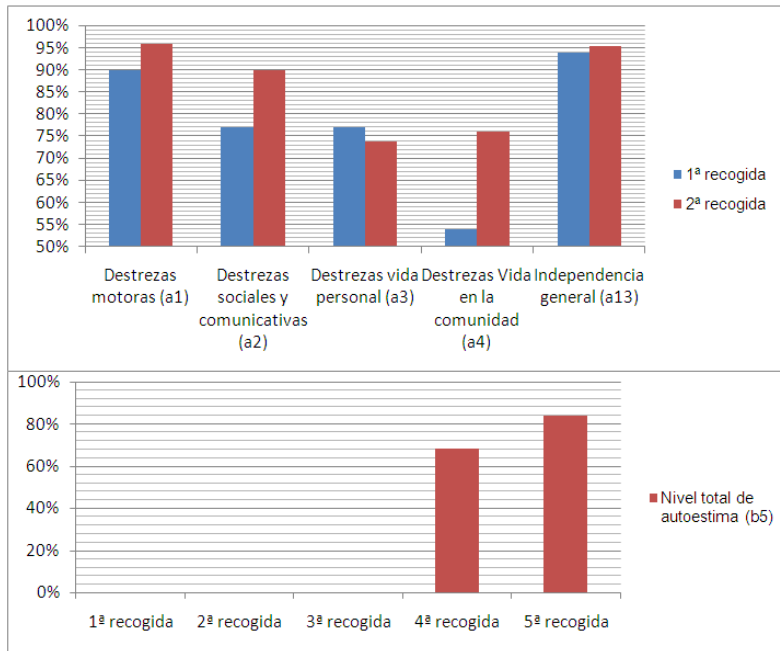
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 85. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 115)**



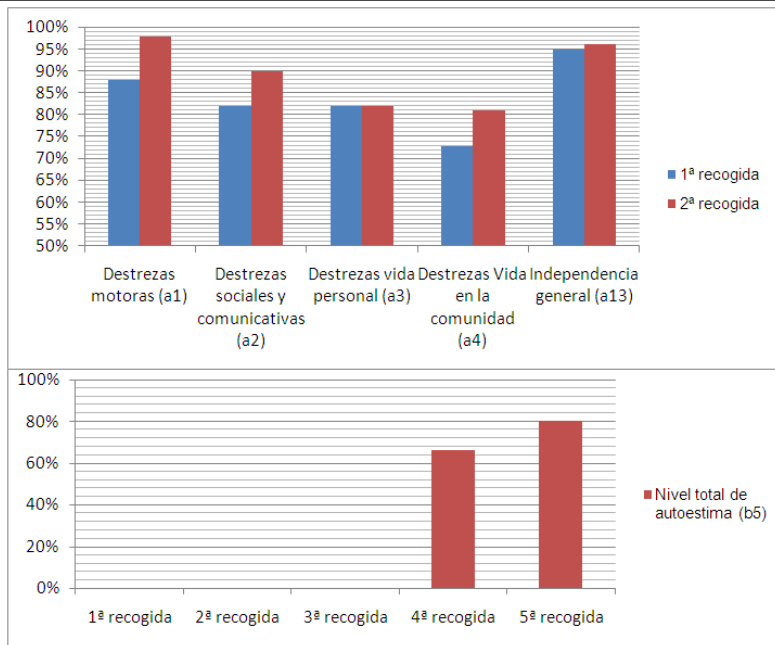
Fuente: elaboración propia

**Gráfico 86. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 116)**



Fuente: elaboración propia

**Gráfico 87. Evolución de las variables a<sub>1</sub>, a<sub>2</sub>, a<sub>3</sub>, a<sub>4</sub>, a<sub>13</sub> y b<sub>5</sub> (participante 117)**



Fuente: elaboración propia

Es importante resaltar que el Judo es un arte marcial diseñado, en sus bases técnicas, para y por personas sin discapacidad, y que, para su implantación en un colectivo especial como es el de los discapacitados intelectuales, se deben realizar muchas adaptaciones y siempre dependiendo de los factores de discapacidad física e intelectual que presente cada participante.

Esta adaptación del Judo se debe generar pensando en las características personales del alumno. De este modo, las técnicas con riesgo de lesión por parte del yudoca que realiza la técnica, como por parte del que la recibe, no son recomendadas. Para nosotros es más importante el bienestar personal del yudoca con la práctica del Judo, que la obtención de

grandes competidores de Judo; puesto que la idea de competitividad ha sido modificada por los conceptos de colaboración y amistad.

Si cada día son más los investigadores y expertos que abogan por la práctica deportiva como aporte al ser humano de importantes mejoras en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales, también se oyen voces que resaltan el mal aprovechamiento, en este sentido, que el deporte viene arrastrando en los últimos tiempos. Por otro lado, a pesar de atribuírsele al deporte tantos beneficios, son pocas las personas que mantienen un estilo de vida activo y perdurable a lo largo de la vida adulta. La práctica regular de una actividad física es aconsejable para la salud: favorece el desarrollo, la mejora de la coordinación motriz, la agilidad, los reflejos, la velocidad y la resistencia. Además incide positivamente sobre la salud mental, a través de la mejora de la autoestima y su contribución a la relajación. Por otra parte, facilita el establecimiento de relaciones sociales además de suponer una actividad recreativa altamente gratificante. Pero no hemos podido encontrar trabajos de investigación que plasmen esta afirmación sobre la aplicación de un programa de intervención de Judo con objetivos claros para la mejora del nivel de autoestima.

Al no tener referencias en este sentido, nos hemos tenido que apoyar en un trabajo continuado de interacción para poder aseverar que: si es importante que una persona con discapacidad intelectual realice deporte con



asiduidad, mucho más importante es que se realice bajo epígrafes diseñados por profesionales y con objetivos adecuados y propuestos teniendo en cuenta las áreas de apoyo que hemos reflejado en este trabajo de investigación. Para nosotros existen tres características que debe poseer un monitor de Judo: Conocimiento del Judo en mayor grado posible, motivación por ser un buen maestro y empatía. El Maestro de Judo debe tener como objetivo final, el perfeccionamiento del individuo; utilizar este arte marcial como medio para transmitir enseñanzas y valores que sirvan para la vida.

El deporte no puede ser abordado sólo desde el ámbito de actividad física para el tiempo libre, sino que debe abarcar un ámbito más educativo, encaminado a la consecución del bienestar del propio alumno, así como su mejora en autoestima. La Organización Mundial de la Salud en el año 1946, define el bienestar como un estado inherente en la salud, estrechamente relacionado con el estado físico, mental y social (OMS, 2007). Por lo cual, si solamente contemplamos el estado físico, la actividad física estará incompleta. De esta forma reclamamos una mayor atención para la práctica de cualquier deporte como instrumento educativo y formativo.

Es importante resaltar en este punto, que una persona discapacitada intelectualmente es una persona adaptada o no adaptada socialmente dependiendo del comportamiento efectuado de acuerdo con las expectativas

sociales que en cada ambiente concreto y circunstancia tienen los demás. Por lo cual, desde nuestra experiencia, aconsejamos que si se realiza la incorporación inmediata de las personas discapacitadas intelectualmente a un ambiente donde se practique un Judo tradicional, se efectúe con el asesoramiento de un experto en Judo adaptado, puesto que la percepción que los compañeros no discapacitados tienen hacia estas personas, afecta de manera significativa a la estancación de la baja autoestima en la mayoría de los sujetos, y en otros, acentuando esta baja autoestima.

Desde esta perspectiva, creemos que es mucho mejor adquirir la competencia en la realización de las técnicas de Judo, a lo largo de unos meses, en un ambiente especial y dirigida por un experto, antes de dar el paso hacia la integración en un gimnasio ordinario, cuya actividad física es más intensa y más especializada si cabe. Todo ello, para evitar que estos judocas se vean arrastrados por los modelos del deporte espectáculo y copien lo peor de sus manifestaciones: agresividad, violencia, afán desmesurado de triunfo y otros aspectos no deseables. El deporte bien utilizado, puede estimular un sentimiento de juego limpio y respeto por las normas, y la subordinación de los intereses personales a los de grupo; sin embargo, mal utilizado, puede promover la vanidad personal, el deseo codicioso de victoria y odio entre rivales, y un espíritu corporativo de intolerancia y desdén por los demás.

Al finalizar este trabajo y como consecuencia de la trascendencia del mismo, otra asociación de personas con discapacidad intelectual, como es la Asociación Berenguela L. y a través de su Presidenta María Jesús Solas firma un acuerdo con la Universidad de Burgos; por el cual la Universidad se compromete a desarrollar un programa de Judo Mental, ajustado en su totalidad a lo propuesto en este trabajo que presentamos a su validación.

El programa da sus primeros pasos en marzo de 2008 con una incorporación de 12 alumnos con discapacidad intelectual límite, ligera o moderada, y en sesiones de martes y jueves de 17 a 18 horas en las instalaciones deportivas de la Universidad de Burgos.

El programa transcurre con normalidad según los objetivos propuestos, pero creemos necesario destacar un dato, que nosotros catalogamos como espectacular por su importancia en el desarrollo del propio programa: después de 2 meses de interacción con nuestros alumnos, nos ofrecen la incorporación a las clases de una alumna de 18 años cuyo diagnóstico, emitido por el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús es el siguiente: Síndrome espino-cerebeloso de comienzo infantil precoz (IOSCA). Su exploración física en fecha 11/05/2006, indica impresión de hipopsiquismo, atención muy dispersa, impulsiva, baja persistencia motriz, hipotonía axial, abolición de los ROT rotulianos y aquileos, babinski positivo bilateral, retracción aquilea bilateral que no vence al flexionar las rodillas, pies cavos

bilaterales por caída del antepié, ataxia truncal y de la marcha, marcha atáxico-parética con distonía en miembros superiores, signo de Romberg (+) y actitud escoliótica dorsal.

Su evolución, hasta el día de su incorporación al programa, evidencia un empeoramiento progresivo de la marcha, presenta rigidez en bloque, temblor llamativo en miembro superior derecho que interfiere en su escritura, deterioro evolutivo cognitivo, está pendiente de control traumático por escoliosis, deterioro evolutivo de sus aprendizajes, persisten problemas de atención dispersa con dificultades en comprensión lectora, en comparación con exploraciones previas se objetiva un peor control postural y un deterioro de la marcha, así como una mayor espasticidad en miembros inferiores.

Bien, pues así las cosas y después de solicitar información a todos los especialistas a nuestro alcance, aceptamos la incorporación de esta alumna a nuestro programa teniendo que realizar una adaptación mucho más incisiva de lo que hasta este momento veníamos haciendo.

A los dos meses de su incorporación al programa, su padre nos comunica que ha observado un cambio importante en la marcha de su hija y que le gustaría conocer a qué es debido este cambio. El cambio se produce al no solicitar ayuda para moverse por la vivienda familiar; en estos momentos se desplaza de la cocina al baño ella sola, cuando esto desde

hace años no se venía produciendo. Ella siempre ha necesitado ayuda para moverse de un lugar a otro.

Nosotros pensamos que este progreso es debido al cambio de actitud que le ha provocado la interacción con el programa; de hecho, muchos de los objetivos que se proponen en el mismo van dirigidos en ese sentido. Pero, para refutar nuestra hipótesis, nos ponemos en contacto con el Hospital que emitió el diagnóstico de la yudoca:

Correo electrónico del investigador al Doctor en Neuropediatría que atendió a Natalia, D. Juan José García Peñas:

---

**De:** José Manuel Arnáiz Zamanillo [mailto:jmaz@ubu.es]  
**Enviado el:** mié 14/05/2008 11:20  
**Para:** Garcia Peñas, Juan Jose  
**Asunto:** consulta

*“Estimado Dr.:*

*Me dirijo a Ud. para consultarle el caso de una niña de 18 años que ha pasado por su consulta.*

*Soy un profesor de la Universidad de Burgos, Licenciado en Pedagogía, Diplomado en Educación Especial y cinturón negro de Judo, que ha desarrollado una tesis doctoral sobre el Judo como mediación generalizadora de bienestar y autoestima de las personas con discapacidad intelectual, a través de una adaptación en su entrenamiento y que lo denomino Judo Mental.*

*Esta tesis está pendiente de lectura y se fundamenta en el aporte que ofrece la docencia del Judo, en distintas áreas (competencia física, inteligencia conceptual e inteligencia práctica), cuando se programan las actividades con objetivos psicopedagógicos claros.*

*El caso es que desde hace 4 años tengo un equipo de 50 personas con discapacidad intelectual límite, ligera o moderada, a las que he aplicado un programa de intervención de*

educación física. Los datos que se han evidenciado han sido muy interesantes tanto a nivel físico como psíquico.

Una vez finalizado mi trabajo empírico, he estimado que no podía, moralmente, interrumpir el progreso de mis alumnos. Por lo cual en estos momentos continuo con mi docencia a nivel de voluntario (4 días por semana).

Bien, después de esta introducción que espero le haya servido para situarse en contexto, quiero decirle que desde hace un mes ha ingresado en mi programa Natalia Diez Diez, cuyo diagnóstico es: Síndrome espino-cerebeloso de comienzo infantil precoz (IOSCA). La adaptación que realizo para poderle integrar en dicho programa es muy significativa.

El caso es que tanto sus padres como yo, hemos notado una mejoría importante a nivel físico (sus padres me comentan que ahora es capaz de andar por su domicilio sin necesidad de una ayuda que antes demandaba para trasladarse, simplemente, de una instancia a otra de la casa). Aparte de lo contentos que estamos todos, hay algo que me gustaría que Ud. me informase: ¿es posible que esta mejoría sea producto de un aumento en su nivel de autoestima y autoconcepto?; por lo tanto mejora su condición física cuando mejora su condición psíquica. ¿O simplemente es que su síndrome puede producir una mejoría física ocasional y provisional?

Agradeciéndole de antemano su buena predisposición. Si está interesado en conocer con más detalle mi trabajo, con sumo gusto quedo a su disposición para lo que estime necesario”.

#### Contestación de Juan José García Peñas:

“Estimado compañero:

Natalia presenta un cuadro de IOSCA de curso lentamente progresivo, con fluctuaciones periódicas muy dependientes de su estado de ánimo y de la medicación que recibe en cada momento. Me parece que el Judo es una buena alternativa para mejorar su autoestima, su autonomía, su competitividad, su persistencia motriz y su coordinación-secuenciación motriz. Hay que aprovechar los momentos de mejor control postural para reforzar su autonomía e intentar que se mantenga deambulante.

Un saludo”

Hoy en día, hemos podido comprobar, a través de nuestra experiencia, que el Judo convenientemente adaptado, permite a las personas con discapacidad intelectual canalizar mejor sus conductas, encontrar su personalidad y saber superar, con más facilidad, las dificultades que tienen

de relación con los demás. Se sienten importantes y capaces de hacer lo que los demás, teniendo en cuenta que en un principio su visión hacia el Judo como inalcanzable; visión que a partir de este trabajo ha mejorado significativamente, condición indispensable para que estas personas se puedan beneficiar de las cualidades psicopedagógicas de un gran arte marcial.





## **Fuentes documentales y referencias bibliográficas**



ACEVES, J.F. (1994): Práctica y estilos de investigación en la historia oral contemporánea. *Historia y Fuente Oral*, núm.12 (2), pp.143-150.

ADELMAN, H.; TAYLOR, L. y NELSON, P. (1989): Minors dissatisfaction with their circumstances. *Child Psychiatry and Human Development*, núm.20, pp.135-147.

AGUADO, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre. ONCE.

AGUADO, A.L. *et al.* (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: INICO.

AJURIAGUERRA, J. (1973): *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Torray-Masson.

AJURIAGUERRA, J. (1985): *La Psiquiatría Clínica del niño*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.

ALBRECHT, K. (2008): *Inteligencia práctica*. Barcelona: B.S.A.

ALCÁNTARA, J.A. (1993): *Cómo educar la autoestima*. Madrid: CEAC.

ALEXANDER, F. y SELESNICK, S. (1970): *Historia de la Psiquiatría*. Barcelona: Espaxs.

ALMAZÁN, L. (2003): *El desafío de la integración escolar en la formación de actitudes y valores*. Jaén: Universidad de Jaén.

ALOMAR, E. (2007): *El treball dels joves amb retard mental en entorns normalitzats: anàlisi d'una realitat de treball amb suport*. Tesis Doctoral. Universidad Ramon Llull.

ALONSO SECO, J.M. (Coord.) (1999): *Curso de prevención de deficiencias*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

ALSINA, J. (1980): *HOMERO-Ilíada, Introducción y notas*. Barcelona: Planeta.

ALVARADO, M. (1998): *Construcción de una Pedagogía para la Integración*. Montevideo: Mastergraf srl.

ÁLVAREZ DE VILLAR, C. (1983): *La preparación física del fútbol con base en el atletismo*. Madrid: Gymnos.

ALVAREZ DELGADO, A. et al. (2007): *Autoestima en los/as alumnos/as de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia*. Tesis. Universidad Austral de Chile. Valdivia.

Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/ffa473a/doc/ffa473a.pdf> (última consulta: 12 de septiembre de 2008).

ALVAREZ TRIGUEROS, L. y LECUONA NARANJO, M. (1991): Trastornos y dificultades de aprendizaje: Una visión de la realidad. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

AMADOR, F. (1994): *Estudio praxiológico de los deportes de lucha. Análisis de la acción de brega en la lucha canaria*. Tesis Doctoral. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

AMADOR, F. (1995): La enseñanza de los deportes de lucha. En D. Blázquez (Dir.): *La iniciación deportiva y el deporte escolar*. pp.351-568. Barcelona. INDE.

AMADOR, F. (1996): *Manual completo de Lucha Canaria*. Las Palmas de Gran Canaria: EDECA.

AMERICAN ASSOCIATION INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (2001): *What is mental retardation*. Disponible en <http://www.aamr.org>. (última consulta: 8 de enero de 2007).

AMMERMAN, R.T. (1997): Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad. *Siglo Cero*, núm.28 (2), pp.5-21.

AMOR PAN, J.R. (1995): *Ética y deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

ANNICCHIARICO, R. (2002): La actividad física y su influencia en una vida saludable. *Efdeportes. Revista Digital*. Año 8, núm.51. Buenos Aires. Argentina.

ANSELMÍ, H. (2004): *Preparación física en los Deportes de Combate*. Buenos Aires. Argentina.

ANZIEU, D. (1978): *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva.

APAC - Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (2003): *Modelo de valoración de habilidades adaptativas*. Mexico. Disponible en <http://sid.usal.es/mostrarficha.asp?ID=666&fichero=5.3.1.2> (última consulta: 9 de enero de 2009).

ARAGÓN, L. (Coord.) (2001): *Modelo Europeo de Excelencia. Adaptación a los Centros educativos del modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

ARNÁIZ SÁNCHEZ, P. (1987): *Evolución y contexto de la práctica psicomotriz*. Murcia: Universidad de Murcia.

ARNÁIZ ZAMANILLO, J.M. (2006): Judo, impulso para la autoestima de las personas con discapacidad intelectual. *Foro Solidario*. núm.3, pp.12-13. Burgos: Caja Burgos.

ARNÁIZ ZAMANILLO, J.M. (2007a): El Judo, como factor pedagógico del bienestar en las personas con discapacidad intelectual (I): *El Budoka*. núm.371, pp.54-56. Barcelona: ALAS.

ARNÁIZ ZAMANILLO, J.M. (2007b): El Judo, como factor pedagógico del bienestar en las personas con discapacidad intelectual (II): *El Budoka*. núm.372, pp.48-50. Barcelona: ALAS.

ARNAL, J.; DEL RINCÓN, D. y LATORRE, D. (1992): *Investigación educativa: fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.

ARNAU, J. (1996): Metodología de la investigación psicológica. En J. Anguerra y Cols. *Métodos de investigación en psicología*, pp.23-43. Madrid: Síntesis Psicología.

ARNOLD, P.J. (1979): *Meaning in movement, sport a physical education*. London: Heinemann.

ARNOLD, P.J. (1991): *Educación física, movimiento y currículum*. Madrid: Morata.

AROSTEGUI, I. (1998): *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto.

AROSTEGUI, I. (1999): Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán (Eds.) *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. pp.405-414. Salamanca: Amarú.

AROSTEGUI, I. (2002): *Calidad de Vida y Retraso Mental*. Bilbao: Mensajero

ARRÁEZ, MARTÍNEZ, J.M. (1996): *El juego modificado. Propuesta para la integración de niños y niñas con necesidades educativas especiales*. Granada: Proyecto Sur.

ARRÁEZ MARTÍNEZ, J.M. (2000): *Actividad físico deportiva y discapacidad*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

ARRANZ VAL, P.; JIMENEZ EGUIZÁBAL, A, JIMÉNEZ J. y PALMERO CÁMARA, C. (2007a): El Espacio Europeo de Educación Superior. *USJ em Revista*. Vol.03, pp.16-35. Brasil

ARRANZ VAL, P.; JIMENEZ EGUIZÁBAL, A, JIMÉNEZ J. y PALMERO CÁMARA, C. (2007b): *Sistemas de garantía de calidad en los estudios universitarios. Revista Papeles Salmantinos de Educación*. Vol.9, pp.13-25. Salamanca.



ARRANZ VAL, P.; JIMENEZ EGUIZÁBAL, A, JIMÉNEZ J. y PALMERO CÁMARA, C. (2007c): Sistemas de garantía de calidad en los estudios universitarios del ámbito de la empresa. De la Evaluación a la Acreditación de los títulos. *Revista de Ciencias de la Educación*. Vol.212, pp.383-396

ASHMAN ADRIAN F. y CONWAT ROBERT N.F. (1989): *Cognitive Strategies for Special Education*. Traducción: Ana Bermejo Baró. Madrid: Santillana.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, APA. (2002): *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM\_IV\_TR)*: Barcelona: Masson.

AVILÉS MARTÍNEZ, J.M. y ALONSO ELVIRA, M.N. (1992): *Retraso mental: características, desarrollo, evaluación e intervención*. Autor Edición.

AYUSO, J.L. y MARTORELL, A. (eds.) (2005): *Discapacidad Intelectual y Salud Mental. Guía práctica*. Madrid: Conserjería de Familia y Asuntos Sociales.

BADÍA, X. y LIZÁN, L. (2002): Reflexiones sobre la investigación de resultados de salud. *Atención Primaria*. 30 (6): pp.388-391.

BADÍA, X. y LIZÁN, L. (2003): La evaluación de la calidad de vida en la osteoporosis. *Atención Primaria*. 31 (2): pp.126-133.

BAKER, J.A. (1998): The social context of school satisfaction among urban, low income African-American students. *School Psychology Quarterly*, núm.13, pp.25-44.

BAKER, F. y INTAGLIATA, J. (1982): Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, núm.5, Pp.12-13.

BALBÁS, M. (1991): Necesidades especiales y nuevas tecnologías. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

BANDURA, A. (1969): *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

BANDURA, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, núm.37, pp.122-147.

BARBAT GARCÍA, J. I. (2008): *Pedagogía En la enseñaza del Judo*.

Disponible en

[http://www.sinchiJudokan.com/05temas\\_tecnicos/ped\\_ense.html](http://www.sinchiJudokan.com/05temas_tecnicos/ped_ense.html)

(última consulta: 15 de diciembre de 2008).

BARIOLI, C. (1988): *JUDO. Manual completo ilustrado*. Barcelona: De Vecchi.

BARRIO, J. (1970): *Bhagavad-Gita o canto del bienaventurado*. Traducido del sánscrito. Prólogo y notas. Argentina: Aguilar.

BARRUECO, A. (1991): Integración en la escuela. Integración escolar. VI *Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

BARTHES, R. (1970): Introducción al análisis estructural de los relatos. En R. Barthes *et al.*, *Análisis estructural del relato*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.

BAUTISTA, R. (1991): *Necesidades educativas especiales. Manual teórico práctico*. Málaga: Aljibe.

BENNETT, M. (Ed.) (1993): *The development of social recognition*. New York: Guilford Press.

BELGRANO, J.M. (2006): *La importancia del Ukemi*. Disponible en <http://Judocmb.blogspot.com/2006/11/la-real-importancia-del-Ukemi.html> (última consulta: 4 de noviembre de 2008).

BELLOCH, A. e IBÁÑEZ, E. (Eds.) (1991): *Manual de la psicopatología*. Valencia: Promolibro.

BELLOCH, A y BARRETO, M.P. (Dirs.) (1987): *Psicología clínica: trastornos bio-psico-sociales*. Valencia: Promolibro.

BEREDAY, G.Z.F. (1968): *El método comparativo en Pedagogía*. Barcelona: Herder.

BERNARD, M. (1980): *El cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

BERNARDO CARRASCO, J. et al. (2007): *Cómo personalizar la educación: Una solución de futuro*. Madrid: Narcea.

BERZOSA, B.; CÁMARA, L. y CORREA, E. (2005): *La Gestión de la calidad. Guía para la adaptación del Modelo EFQM de Excelencia a entidades no lucrativas que prestan servicios de inserción sociolaboral*. Madrid: Cideal.

BINERFA CASTELLANOS, H. (2004a): *Seiryoku Zenyo, Pilar Del Judo, Ahora Pilar Del ShinKaiDo Ryu*. Disponible en [http://www.acharia.org/downloads/seiryoku\\_zenyo.pdf](http://www.acharia.org/downloads/seiryoku_zenyo.pdf) (última consulta: 5 de enero de 2009).

BINERFA CASTELLANOS, H. (2004b): *El Principio Del Jita Kyoei, Del Gran Maestro Jígoro Kano Aplicado Al ShinKaiDo Ryu*. Disponible en [http://www.acharia.org/contribuciones/el\\_principio\\_del\\_jita\\_kyoei.htm](http://www.acharia.org/contribuciones/el_principio_del_jita_kyoei.htm) (última consulta: 5 de enero de 2009).

BIRÓN, S. (2008): *Competición versus tradición en el Judo Kodokan. Artes Marciales Asiáticas*. León: Universidad de León.

BISQUERRA, R. (1998): *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.

BISQUERRA, R. (2000): Educación emocional y bienestar. *Monografías Escuela Española*. Madrid.

BLUNDEN, R. (1988): *Quality of life in persons with disabilities: Issues in the development of services*. En R.I. Brown. (Ed). *Quality of life for handicapped people*. pp.37-110. Londres: Croom Helm.

BOFIL RÓDENAS, A.M. (2008): *Valoración de la condición física en la discapacidad intelectual*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.

BOLIVAR, A. (1995): *El conocimiento de la enseñanza. Epistemología de la investigación curricular*. Granada: Force.

BOLIVAR, A. (1999): Enfoque narrativo versus explicativo del desarrollo moral. En E. Pérez-Delgado y M.V. Mestre (Coords.) *Psicología moral y crecimiento personal (su situación en el cambio de siglo)*, pp.85-101. Barcelona: Ariel.

BOLIVAR, A. (2000): *Los centros educativos como organizaciones que aprenden. Promesa y realidades*. Madrid: La Muralla.

BOLIVAR, A. (dir.) et al. (1999): *Ciclos de vida personal del profesorado de Secundaria. Desarrollo personal y formación*. Bilbao: Mensajero.

BOLIVAR, A. y DOMINGO, J. (1998): Historia institucional de un centro escolar. *Organización y Gestión de Centros Educativos*, núm.470, pp.110-119. Barcelona: Praxis.

BOLIVAR, A. y DOMINGO, J. (2000): Las historias de aprendizaje institucionales como instrumento para el aprendizaje de la organización. En *Liderazgo y organizaciones que aprenden (/// Congreso Internacional sobre Dirección de Centros Educativos*, pp.161-171. Bilbao: Universidad de Deusto.

BOLÍVAR, A., DOMINGO, J. y FERNÁNDEZ, M. (1997): *La investigación biográfico-narrativa en educación. Guía para indagar en el campo*. Granada: Grupo Force y Grupo Editorial Universitario.

BOLÍVAR, A., DOMINGO, J. y FERNÁNDEZ, M. (2001): *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla.

BOMPA, T.O. (1999): *Periodization: Theory and Methodology of Training*.

Champaign, IL: Human Kinetics. Disponible En

<http://books.google.es/books?id=X1cFhd1SSswC&pg=PP1&ots=jX87bUnmo&dq=theory+and+methodology+of+training&sig=5b2ezjo4->

[oH7evtozoOWWDSH608#PPA315.M1](http://books.google.es/books?id=X1cFhd1SSswC&pg=PP1&ots=jX87bUnmo&dq=theory+and+methodology+of+training&sig=5b2ezjo4-oH7evtozoOWWDSH608#PPA315.M1) (última consulta: 3 abril de 2006).

BORING, E.G. (1978): *Historia de la psicología experimental*. México: Trillas.  
(Versión castellana de la 2ª edición de 1950 de *A History of Experimental Psychology*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

BORTHWICK-DUFFY, S. (1994): Review of mental retardation: definition, classification and systems of supports. *American Journal of Mental Retardation*, núm.98 (3), pp. 541-544.

BOURDEU, P. (1999): *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.

BRADLEY, E. (1995): The ICIDH: format, application in different settings and distinction between disability and handicap. *International Disability Studies*, núm.9, Pp.122-125.

BRANDEN, N. (1991): *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.

BRANDEN, N. (1993): *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Paidós.

BRENGELMANN, J.C. (1975a): Modificación de conducta en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, núm.1 (0), pp.7-18.

BRENGELMANN, J.C. (1975b): Personalidad y rendimiento en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, núm.1 (1), pp.63-82.

BRINKMANN, H.; SEGURE, T. y SOLAR, M.I. (1989): Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, núm.10, pp.63-71.

BRONFENBRENNER, U. (1987): *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós. Traducción de: *The ecology of human development. Experiment by nature and design* (1979). Massachusetts: Harvard University Press.

BROUSSE, M.; VILLAMÓN, M. y MOLINA, J.P. (1999): El Judo en el contexto escolar. En M. Villamón (Dir.): *Introducción al Judo*. pp.183-200. Barcelona: Hispano Europea.

BROWN, I.; FRIEFELD, S y SCHILLER, C. (1993): *Quality of Life for Persons with Developmental Disabilities (QOLP)*: Toronto: Quality of Life Research Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto. Disponible en <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm> (última consulta: 25 de septiembre de 2008).

BROWN, I.; RAPHAEL, D. y RENWICK, R. (1993): *Quality of Life, Dream of Reality? Life for People with Developmental Disabilities in Ontario*. Toronto: Quality of Life Research Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto. Disponible en <http://www.utoronto.ca/qol/pwdd.htm> (última consulta: 2 de octubre de 2008).



BRUININKS, R.H. *et al.* (1986): *ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner`s Manual.* Allen: DLM. Teraching Resources.

BRUININKS, R.H.; THURLOW y GILMAN, C.J. (1987): Adaptative behaviour in mental retardation. *The Journal of Special Education*, núm.21(1), pp.69-88.

BRUININKS, R.H. *et al.* (1991): *Adaptative Living Skills Curriculum Manual.* Allen: DLM. Teraching Resources.

BRUININKS, R.H. y MCGREW, K. (1993): Panorámica de la conducta adaptativa dentro del retraso mental. En Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía y Gobierno Varco (1993): *Discapacidad y conducta* adaptativa, pp.11-29. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto.

BRUININKS, R.H.; MCGREW, K. y MARUYAMA, G. (1998): Structure of adaptive behavior in samples with and without mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, núm.93, pp.265-272.

BRUNER, J. (1988): *Realidad mental, mundos posibles.* Barcelona: Gedisa.

BRUNER, J. (1991): *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva.* Madrid: Alianza.

BRUNER, J. (1997): *La educación, puerta de la cultura.* Madrid: Visor.

BRUNER, J. y WEISER, S. (1995): La invención del yo: la autobiografía y sus formas. En D.R. Olson y N. Torrance (Compls.): *Cultura escrita y oralidad*. pp.177-202. Barcelona: Gedisa.

BUCETA CANDELA, M.J. (1987): *Aspectos educativos del retraso mental*. Autor-Edición.

BUENO, M. *et al.* (1990a): *Deficiencia mental. Aspectos biológicos*. Barcelona: ESPAXS.

BUENO, M., *et al.* (1990b): *Deficiencia mental. Aspectos psicosociales*. Barcelona: ESPAXS.

BUSTAMANTE, J.J.; RODRÍGUEZ, D.P. y MUNEVAR, R.A. (2000): Investigación y Pedagogía. *2ª Convención Internacional de Educación Superior*. Universidad 2000. Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba. La Habana (Cuba) 7-11 de febrero.

BUXARRAIS, M.R. y MARTÍNEZ, M. (2000): Los valores de la educación física y el deporte en edad escolar. *Aula de Innovación educativa*, núm.1.

CABRERO, L. y RICHART, M. (1996): El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa *Enfermería clínica*, núm.6, pp.212-217

CABRERO GARCÍA, J. (2007): Indicadores de discapacidades en la encuesta de discapacidades deficiencias y estado de salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, núm.81, pp.167-181.

CAGIGAL, J.M. (1972): *Deporte, pulso de nuestro tiempo*. Madrid: Nacional.

CAGIGAL, J.M. (1979): *Cultura intelectual y cultura física*. Buenos Aires: Kapelusz.

CAGIGAL, J.M. (1981): *Deporte, espectáculo y acción*. Barcelona: Salvat.

CAGIGAL, J.M. (1986): En torno a la educación por el movimiento. Apunte antropofilosófico. *Apuntes Educación Física*, núm.6, pp.3-8.

CAGIGAL, J.M. (1996a): *Obras selectas*. Vol.I. Cádiz: Comité Olímpico Español. Ente de promoción deportiva J.M. Cagigal, Asociación Española de Deporte para todos.

CAGIGAL, J.M. (1996b): *Obras selectas*. Vol.II. Cádiz: Comité Olímpico Español. Ente de promoción deportiva J.M. Cagigal, Asociación Española de Deporte para todos.

CAGIGAL, J.M. (1996c): *Obras selectas*. Vol.III. Cádiz: Comité Olímpico Español. Ente de promoción deportiva J.M. Cagigal, Asociación Española de Deporte para todos.

CAÏS, J. (1997): *Metodología de Análisis Comparativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Metodológicas.

CALERO J.L. (2000): Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev. Cubana Endocrinol*, núm.11 (3), pp.192-198.

CAMPBELL, D. (1998): *El efecto Mozart. Aprovechar el poder de la música para sanar el cuerpo, fortalecer la mente y liberar el espíritu creativo*. Barcelona: Urano.

CAMPBELL, D. (2001): *El efecto Mozart para los niños*. Barcelona: Urano.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P.E. y RODGERS, W.L. (1976): *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

CAMPS, V. (2001): *Una vida de calidad - Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica.

CANAL, R. (1998): El proceso para instaurar programas de apoyo conductual positivo en servicios residenciales. *Siglo Cero*, núm.179, Vol.29, (5), pp.11-22.

CANOVAS, F. y PARDAVILA, B. (Coord.) (2004): *La gestión de la calidad de los servicios sociales*. Madrid: IMSERSO.

CAÑIZARES, J.M. (1996): *400 juegos y ejercicios por parejas para el desarrollo de las habilidades básicas*. Sevilla: WANCEULEN.

CARBAJAL, M.E. y ORTEGA, B. (2005): *Relación entre calidad de vida, satisfacción laboral, apoyo social e identificación grupal con las actividades hacia la nueva reforma del régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS: estudio de caso*. Tesis Doctoral. México: Universidad de las Américas Puebla.

CARBALLO SANTAOLALLA, R. (1996): Evaluación de Programas de Intervención Tutorial. *Revista Complutense de Educación*. Vol.7, núm.1, pp.97-118. Disponible en

<http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED9696120097A.PDF>

(última consulta: 12 de febrero de 2009).

CÁRDENAS, D. (2005): La creatividad en el deporte. En F.J. Giménez, P. Sáenz-López y M. Díaz (Eds): *Educación a través del deporte*. Huelva. Universidad de Huelva.

CAROFIL, A. (1997): La obra de Jean Etienne Dominique Esquirol (1772–1840). *Alcmeón*, Año VIII, Vol.6, núm.1.

CARQUES, L.; BENAVENT, J. y FUSTER, M.A. (2004): Valoración de la flexibilidad de los Judokas infantiles y cadetes del equipo nacional español. *II Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte*. Valencia: UIRFIDE. Disponible en [www.Judoinfo.com/research10.doc](http://www.Judoinfo.com/research10.doc) (última consulta: 16 de junio de 2007).

CARRATALÁ, V. (1990): El Judo y su aplicación a las Enseñanzas Medias. *L'esport i Temps Lliure*. núm.48, pp.36-39.

CARRATALÁ, V. (1996): *La influencia de los agentes sociales en la participación deportiva en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.

CARRATALÁ, V. y CARRATALÁ, E. (1999): El Judo y la socialización deportiva. En M. Villamón (Dir.): *Introducción al Judo*. pp.167-182. Barcelona: Hispano Europea.

CARRATALÁ, V. y CARRATALÁ, E. (2000): *Judo. La actividad física y deportiva extraescolar en los centros educativos*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

CARRILLO COSANO, I. (2000): Intervención con personas con retraso mental desde la perspectiva de una asociación familiar de Móstoles. *Cuadernos de Trabajo Social*, núm.13. Disponible en <http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS0000110323A.PDF> (última consulta: 7 de enero de 2009).

CASADO, R. (2001): *Educación para la salud de jóvenes con Discapacidad Intelectual*. Burgos: Universidad de Burgos.

CASAS, F. (1991): *El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia*. En III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Vol. 2, pp.649-672. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

CASTANEDO, C. (1999): *Deficiencia Mental: aspectos teóricos y tratamientos*. Madrid: CCS.

CASTARLENAS, J.L. (1990): Deportes de combate y lucha: aproximación conceptual y pedagógica. *Revista Apunts: Educación Física y Deportes*. Núm.19, pp.21-28.

CASTARLENAS, J.L. (1993): Estudio de las situaciones de oposición y competición. Aplicación de los universales Judomotores a los deportes de combate: el Judo. *Revista Apunts: Educación Física y Deportes*. Núm.32, pp.54-64

CASTARLENAS, J.L. y CALMET, M. (1999): Aspectos conceptuales del Judo: clasificación y enseñanza de sus contenidos. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.263-290. Barcelona: Hispano Europea.

CASTARLENAS, J.L. y TERRISSE, A. (1999): Aspectos normativos del Judo: análisis del reglamento. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.235-246. Barcelona: Hispano Europea.

CASTARLENAS, J.L. y MOLINA, J.P. (Coords) (2002): *El Judo en la Educación Física escolar. Unidades didácticas*. Barcelona: Hispano Europea.

CASTEJÓN, F.J. (2005): ¿Es el deporte un contenido educativo? En F.J. Giménez, P. Sáenz-López y M. Díaz (Eds): *Educación a través del deporte*. Huelva: Universidad de Huelva.

CASTELLÓN, A. (2003): Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Mult Gerontol*; núm.13 (3): pp.188-192. Disponible en [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003\\_3/g-13-3-007.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003_3/g-13-3-007.pdf) (última consulta: 4 de agosto de 2008).

CAUTELA, J.R. y GRODEN, J. (1985): *Técnicas de Relajación*. Barcelona: Martínez Roca.

CECCHINI, J.A. (1993): *Antropología y Epistemología de la Educación Física*. Oviedo: Ferrería.



CECCHINI, J.A. (1996): Concepto de Educación Física. Epistemología y Educación Física de Base. En V. García Hoz (Coord.): *Personalización en la Educación Física*. pp.19-106. Madrid: Rialp.

CHAMIZO, J. (2000): Informe especial al Parlamento de Andalucía. *Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces*.

Disponible en

[http://www.feapsandalucia.org/opencms/opencms/Feaps/descarga/categorias/carceles/archivos/informe\\_DEFENSOR\\_DEL\\_PUEBLO\\_ANDALUZ.pdf](http://www.feapsandalucia.org/opencms/opencms/Feaps/descarga/categorias/carceles/archivos/informe_DEFENSOR_DEL_PUEBLO_ANDALUZ.pdf)

(última consulta: 12 de enero de 2008).

CHAVES, R. (1968): *El juego de la Educación Física* (4ª ed.): Madrid: Doncell.

CHINCHILLA, J.L. y ZAGALAZ, M.L. (1997): *Educación Física y su Didáctica en Primaria*. Jaén: Jabalcuz.

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (1992): Teacher as curriculum maker. En Ph. Jackson (Ed.): *Handbook os Research on curriculum*. pp.363-341. Nueva York: Macmillan.

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (1994): Personal experience methods. D.R. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.): *Handbook of qualitative research* Pp.413-427. Thousand Oaks, CA: Sage.

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (1995): *Teacher`s professional knowlelge landscapes*. Nueva York: Teachers College Press.

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (1997): Asking questions about kelling stories. En C. Kridell (Ed.): *Writing educational biography. Exploractions in qualitative research*, pp.202-209. Nueva York: Garland.

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (1998): Stories to life by: Narrative understanding of school reform. *Curriculum Inquiry*, núm.28 (2), pp.149-162. Disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119123846/issue> (última consulta: 24 de marzo de 2007).

CLANDININ, D.J. y CONNELLY, F.M. (2000): *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

CLEARY, T. (1993): *El libro de los anillos*. Trad. A. Colodrón, (1998): Madrid: EDAF.

CLEMENS, H. (1991): *Cómo desarrollar la autoestima en niños y adolescentes*. Madrid: Debate.

COHN, P. J. (1991): An exploratory study on peak performance in Golf. *The sport psychologist*, núm.5, pp.1-14.

COLE, M. (1979): *Introduction to "The Making of Mind"*. Disponible en <http://www.marxists.org/archive/luria/comments/cole.htm> (última consulta: 12 de enero de 2009).

COLECCIÓN: DIMENSIÓN DESCONOCIDA. (1980): *Últimas técnicas de combate (el Judo como base de la defensa personal)*: Madrid: Difusión Librera.

COLINO, C. (2004): Método comparativo. En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Madrid: Universidad Complutense.

COLQUHOUN, D. (1992): La Educación Física y la Salud desde una perspectiva crítica. En J. Devís y C. Peiró. *Nuevas perspectivas curriculares en educación Física: La salud y los juegos modificados*. Barcelona: INDE.

COLLARTE, C. y ARZOLA, S. (1990): Desarrollo de autoestima en profesores, una nueva tarea. MIMEO de Ponencia presentada en XIII Jornadas de Psicología Educacional: *Pedagogía de variables afectivas y sociales*. 3-4-5 Octubre. Santiago de Chile

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN EUROPEA, de 30 de octubre de 2003. *Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: un plan de acción europeo (2004-2010)*: Disponible en <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11414.htm> (última consulta: 20 de noviembre de 2008).

CONDE, P. (2003): *HIPÓCRATES LATINO. El de Cornelio Celso en el Renacimiento*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

CONNELLY, M y CLANDININ, D.J. (1995): Relatos de experiencia e investigación narrativa. En J. Larrosa *et al. Déjame que le cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. pp.11-59. Barcelona: Laertes.

CONTRERAS JORDÁN, O. (1998): *Didáctica de la Educación Física. Un enfoque constructivista*. Barcelona. Inde.

CONROY, J.W. & THE CENTER FOR OUTCOME ANALYSIS (2001): *Personal Life Quality Protocol (PLQ)*: Disponible en <http://outcomeanalysis.com/instr.htm> (última consulta: 12 de noviembre de 2008).

COOPERSMITH, S. (1967): *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

COULTER, D.L. (1997): Health-related application of quality of life. En R.L. Schalock (Ed.): *Quality of life: Vol. II: Application to persons with disabilities*. pp.95-104. Washington DC: AAMR.

COURET, A. (1992): La Integración Escolar: Estrategia para promover la integración social del individuo con necesidades especiales. "*Paso a Paso*", núm.5. Vol. 2. Sep./Oct.

COTO, E.; GÓMEZ-FONTANIL, Y. y BELLOCH, A. (1995): Historia de la Psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

CRESPO, M.; JENARO, C. y VERDUGO, M.A. (2006): Adaptación de la escala de Calidad de vida de Schalock y Keith (1993) en adultos con discapacidad intelectual. En M.A. Verdugo (Dir.): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. pp.125-143. Salamanca: Amarú.

CUESTA, J.L. (2006): Hacia un modelo integral de calidad. En F. Lezcano y R. Casado (Coords.): *Avances en Servicios Sociales*. pp.305-324. Burgos: Fund. Caja de Burgos.

CUESTA, J.L. (2008): *Diseño y valoración de una guía de indicadores de Calidad de Vida para organizaciones que prestan apoyo a Personas con Trastornos del Espectro Autista*. Tesis Doctoral. Burgos: Universidad de Burgos.

CUMMINS R.A. (1991): The Comprehensive Quality of Life-Intellectual Disability An instrument Ander development. *Australia and New Zealand Journal of developmental Disahabilities*. Vol. 17-2, pp.259-264.

CUMMINS, R.A. (1993): *The Comprehensive Quality of Life Scale: Adult*. Tercera edición. Melbourne: Psychology Research Center, Deakin University.

CUMMINS R.A. (1997a): Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: A review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, núm.10 (3), Pp.199-216.

CUMMINS, R.A. (1997b): Assessing quality of life. In I. Brown (Comp.): *Quality of life for people with disabilities*. 2ª edición. pp.116-150. United Kingdom: Stanley Thornes.

CZERLOWSKI, M. (2008): Bases epistemológicas para entender la relación entre mente-cuerpo. *Hologramatica*.- Año V, núm.8, pp.15- 27. Disponible en [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/600/hologramatica08\\_v5pp15\\_27.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/600/hologramatica08_v5pp15_27.pdf) (última consulta: 12 de enero de 2009).

D'ZURILLA, T. J., & NEZU, A. M. (1982): Social problemsolving in adults. En P. C. Kendall (Dir.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol.1). New York: Academic Press.

D'ZURILLA, T. J., & NEZU, A. M. (1999): *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.

DAVIS, M.; MCKAY, M. y ESHELMAN, E.R. (1985): *Técnicas de autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

DE LA HERRÁN, A. (Coord), (2005): *Investigar en educación*. Madrid: Dilex.

DE FRUTOS, J.L. (1981): *Fundamentos de ne-waza y mi tate shio gatame*. Madrid: Iragra.

DEFLOR CITOLER, S. (1996): *Las dificultades del aprendizaje: un enfoque cognitivo*. Málaga: Aljibe.

DENIS, D. (1980): *El cuerpo enseñado*. Barcelona: Paidós.

DENNIS, R.E. *et al.* (1993): Quality of life as a context for planning and evaluation of services for people with disabilities, *Exceptional Children*, núm.59 (6), pp.499-512.

DENZIN, N.K. (1986): Interpretative interactionism and the use of life stories. *Revista Internacional de Sociología*, núm. 44 (3), pp.321-337.

DENZIN, N.K. (1989): *Interpretative Biography*. Newbury Park, CA: Sage.

DENZIN, N.K. (1995): On hearing the voices of educational research. *Curriculum Inquiry*, núm.25 (3), pp.313-329.

DENZIN, N.K. y LINCOLN, Y.S. (Eds.) (1994): *Handbook of Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage.

DEL RINCÓN, D.; ARNAL, J.; LATORRE, A. y SANS, A. (1995): *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

DEPARTAMENT OF HEALTH (2002): *Valuing People: A new strategy for learning disability for de 21 st century*. London: Departament of Health.

Disponible en: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm50/5086/5086.htm> (última consulta: 26 de mayo de 2008).

DESCHAMPS, J.P. (1998): Pobreza, equidad y promoción de la salud. *Promotion and education*, núm.5 (3-4), pp.123-124.

DEVER, R.B. (1988): *Community living skills. A taxonomy*. Washington. AAMR.

DEVÍS, J. (1990a): Renovación pedagógica en la Educación Física: dos alternativas de acción. En *Perspectivas de las Actividad Física y el Deporte*, núm.4, pp.5-7.

DEVÍS, J. (1990b): Renovación pedagógica en la Educación Física: la enseñanza de Iso juegos deportivos. En *Perspectivas de las Actividad Física y el Deporte*, núm.5, pp.13-16.

DEVÍS, J. (1994): *Educación Física y desarrollo del Currículum. Un estudio de casos en investigación colaboradora*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.

DEVÍS, J. (1996): *Educación Física, deporte y currículum. Investigación y desarrollo curricular*. Madrid: Aprendizaje Visor.



DEVÍS, J. (Coord.) (2000): *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.

DEVÍS, J. (Coord.) (2001): *La Educación Física y la salud en el siglo XXI*. Alcoi: Marfil.

DÍAZ, J.J. (1974): *Judo para niños: su metodología*. Madrid: Esteban Sanz.

DÍAZ, L. y MARTÍNEZ SÁNCHEZ, A. (2009): los encuentros personales, una vía para el desarrollo. Dos historias de vida. *Ciencias de la Educación*. Madrid.

DÍAZ BARRIGA, F. y HERNÁNDEZ ROJAS, G. (1998): *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México: Mc. Graw Hill.

DIENER, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, N.95 (3), pp.542-575. (Trad.: El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, N.8, (1994): pp.67-113.

DIENER, E. (1993): Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, núm.31, pp.103-157.

DIENER, E. (1998): Subjective well-being and personality. En D.F. Barone y M. Hersen (Eds.), *Advanced personality: The Plenum series in social/clinical psychology*, pp.311-334. Nueva York: Plenum Press.

DIENER, E. (2000): Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, núm.55(1), pp.34-43.

DIENER, ED. *et al.* (1999): El bienestar subjetivo. Tres décadas de progreso. *Boletín Psicológico*. Vol.125, pp.271-301. Trad.D. R. López. Disponible en <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/empresa/empresa6.htm>.

(última consulta: 27 de septiembre de 2007).

DIENER, E. y EMMONS, R.A. (1984): The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, núm.47, pp.1105-1117.

DIENER, E.; LARSEN, R.J.; LEVINE, S. y EMMONS, R.A. (1985): Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, núm.48 (5), pp.1253-1265.

DOMINGO, J. y BOLIVAR, A. (1996): Proceso de desarrollo institucional de un centro escolar. Una aproximación biográfico-narrativa. *Enseñanza. Anuario Interuniversitario de Didáctica*. Vol.14, pp.17-39.

DOMINGO, J. y FERNÁNDEZ, M. (1999): *Técnicas para el desarrollo personal formación del profesorado*. Bilbao: Universidad de Deusto.

DUEÑAS, M.L. (1991): La aceptación de los alumnos deficientes integrados: Resultados de una experiencia. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

ECHEITA, G. (1999): Reflexiones sobre la atención a la diversidad. *Acción Educativa Revista Pedagógica*, núm.102-103, pp.30-43.

EGAN, K. (1995): *Fantasía e imaginación: Su poder en la enseñanza*. Madrid: Moraza.

EGAN, K. (1995): Narrativa y aprendizaje. Una travesía de inferencias. En H. McEwan y K. Egan (eds.), pp.169-180.

ESCOLÁ BALAGUERO, F. (1989): *Educación de la respiración*. Barcelona: Inde.

ESCOLANO, A. (1997): Memorias de la escuela. *Vela Mayor*, núm.11, pp.7-13.

ESCOLANO, A. (2000): *Tiempos y espacios para la escuela. Ensayos históricos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

ESCOLANO, A. (2002): *La educación en la España contemporánea. Políticas educativas, escolarización y culturas pedagógicas*, Madrid: Biblioteca Nueva.

ESPARTERO, J. (1997): La iniciación a los deportes de lucha: iniciación específica Judo. En VV.AA. *Recursos para la gestión, el rendimiento y entrenamiento deportivo, y para la intervención pedagógica en la actividad física y deportiva*. pp.176-189. Valladolid: Junta de Castilla y León.

ESPARTERO, J. (1999): Aproximación histórico-conceptual a los deportes de lucha. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.23-54. Barcelona: Hispano Europea.

ESPARTERO, J. y GUTIÉRREZ, C. (2002): El Judo como práctica de autodefensa en Educación Física: una aproximación a sus contenidos básicos. *Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes*, núm.50. Disponible en: [www.efdeportes.com/efd50/Judo.htm](http://www.efdeportes.com/efd50/Judo.htm) (última revisión: 15 de diciembre de 2006).

ESPARTERO, J.; GUTIÉRREZ, C. y VILLAMÓN, M. (2003): Las actividades de lucha. En B. Taberero y S. Márquez (Coords.): *Educación Física: propuestas para el cambio*. pp. 283-324. Barcelona: Paidotribo.

ESPARTERO, J. y GUTIÉRREZ, C. (2004): *El Judo y las actividades de lucha en el marco de la Educación Física escolar: una revisión de las propuestas y modelos de su enseñanza*. Disponible en: <http://www.unex.es/eweb/cienciadeporte/congreso/04%20val/pdf/0elJudo.pdf> (última consulta: 12 de septiembre de 2008).

ESPINA BARRIO, A. (1988): Lévi-Strauss: el último moderno y el primer postmoderno. *El Genio Maligno: revista de humanidades y ciencias sociales*. Nº.4.

ESPINA BARRIO, A. (1990): *Freud y Levi-Strauss: influencias, aportaciones e insuficiencias de las antropologías dinámica y estructural*. Universidad Pontificia de Salamanca.

ESPINA BARRIO, A. (1991): Antropología y comunicación: la violencia en las emisiones televisivas. *Cuadernos de realidades sociales*, Nº 37-38, pp. 83-96.

ESPINA BARRIO, A. (1992): *Manual de antropología cultural*. Salamanca: Amarú.

ESPINA BARRIO, A. (1993): Dimensiones antropológicas y medios de comunicación social: la sexualidad en las emisiones televisivas *Cuadernos de realidades sociales*. Nº 41-42, pp.187-198.

ESPINA BARRIO, A. (1999): (Coord.) *Culturas ganaderas de Castilla y León: Alberche, Corneja, Sayago y Serrezuela*. Instituto de Investigaciones Antropológicas de Castilla y León.

ESPINA BARRIO, A. (2002): (Coord.) *Cronistas de Indias*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

ESPINA BARRIO, A. (2003): (Coord.) *Emigración e integración cultural*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

ESPINA BARRIO, A. (2004): (Coord.) *Familia, educación y diversidad cultural*. Salamanca. Universidad de Salamanca.

ESPINA BARRIO, A. (2005): (Coord.) *Conflicto y cooperación*. Salamanca. Diputación de Salamanca.

ESTEBAN SANTOS, S. (2003): Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. *Anales de la Real Sociedad Española de Química*, núm.53, pp.53-61. Disponible en [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=762328&orden=0](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=762328&orden=0)

EVANS, I.M. (2003): Intentando hacer del pastel de manzana una variable independiente: comentario sobre “¿Cómo puede la ciencia evaluar y mejorar la planificación centrada en la persona? *Siglo Cero*, núm.208. Vol.34 (4), pp.70-73.

FABIÁN BIONDI, R. (2007): La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas. *Alcmeón*, año.16, Vol.14, núm.2, pp.82-89. Disponible en [http://www.alcmeon.com.ar/14/54/10\\_Biondi.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/14/54/10_Biondi.pdf) (última consulta: 4 de enero 2009).

FÁBREGAS, J. y GARCÍA-GRAU, E. (1995): *Técnicas de autocontrol*. Madrid: Alhambra Longman.

FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Retraso Mental), (2000): *Educación para personas con retraso mental. Orientaciones para la Calidad.*

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE JUDO Y D.A. (1982): *Programa de nague-waza para monitores.* Madrid: FEJYDA.

FELCE, D. y PERRY, J. (1995): Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities.* Vol.16-1, pp.51-74.

FELCE, D. y PERRY, J. (1996): Assessment of quality of life. In R.L. Schalock (Ed.): *Quality of life. Conceptualization and Measurement.* Vol.1, pp.123-139. Washington: AAMR.

FELCE, D. (1997): Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, núm.41, pp.126-135.

FELCE, D., (2006): La calidad de vida en servicios de vida comunitaria: cuestiones sobre la medida objetiva y subjetiva. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán (2006) (Coords.): *Rompiendo inercias. Claves para avanzar*, pp.73-88. Salamanca: Amarú.

FELDMAN, S.R. y MARFAN, J. (1997): *La autoestima en niñas y niños de 5º y 8º básico de tres escuelas municipalizadas de la comuna de Santiago.* Santiago de Chile: Universidad Central.

FERNANDEZ, S. (2001): Calidad de vida y calidad de servicios. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán (Coords.): *Apoyos, autoevaluación y calidad de vida*, pp.193-204. Salamanca: Amarú.

FERNÁNDEZ BALBOA, J.M. (1999): Pedagogía crítica y Educación Física en al escuela secundaria. En *Conceptos 6, La Educación Física en la escuela*. pp.15-32.

FERNÁNDEZ BALBOA, J.M. (2000): La Educación Física para el futuro: tendencias sociales y premisas educativo-profesionales. *Tanden, I.* pp.15-26. Barcelona: Grao.

FERNÁNDEZ BALBOA, J.M. (2001): La sociedad, la escuela y la Educación Física del futuro. En *La educación Física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. pp.25-42. Alicante: Marfil.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1995): *Evaluación de Programas. Una guía en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y MACIÁ, A. (1993): Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, núm.2 (5), pp.77-94.

FERRANDEZ, A. (1978): *La enseñanza individualizada*. Barcelona: CEAC.

FERRER, F. (2002): *La educación comparada actual*. Barcelona: Ariel.



FIERRO, A. (1982): Marginación del subnormal y estrategias para su integración social. *Siglo Cero*, núm.81. pp.20-28.

FIERRO, A. (1986): El derecho a la normalización. *Quinesia*, núm.4-5, Pp.9-13.

FIGUEROA, N (2002): Historia y Filosofía del Judo. Disponible en [http://www.sinchiJudokan.com/03historia/historia\\_y\\_filosofia.html](http://www.sinchiJudokan.com/03historia/historia_y_filosofia.html) (última consulta: 2 de enero de 2008).

FLANAGAN, J.C. (1978): A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, núm.33, pp.138-147.

FLANAGAN, J.C. (1982): Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, núm.63, pp.56-59.

FLICK, U. (2004): *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

FORTEZA, S. y VARA, M. (2000): Dos formas de presentar los resultados del análisis funcional de las conductas problema. *Psicothema*. Vol.12-2, pp.250-266.

FORTUNE, J.R. y Cools. (2005): Individual budgets according to individual needs. In R.J. Stancliffe & K.C. Lakin (2005): *Cost an outcomes of community services form people with intellectual disabilities*, pp.241-262. Baltimore: Paul. H. Brookes.

Fraguas, J.M. (2004): *Jígoro Kano. Evolucionando hacia los niveles más altos de las Artes Marciales*. Disponible en <http://www.ucv.ve/Judo/Info2004/fraguas1.htm> (última consulta: 12 de abril de 2008).

Fraile, A. (1990): La investigación-acción en la educación corporal. En G. Pérez Serrano (Ed.): *Investigación-acción. Aplicaciones al campo social y educativo*. pp.259-277. Madrid: Dykinson.

Fraile, A. (1991): La investigación-acción: método de análisis para una nueva Educación Física. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, núm.10, pp.251-264.

Fraile, A. (1993): *Un modelo de formación permanente para el profesorado de Educación Física*. Tesis Doctoral. Madrid: UNED.

Fraile, A. (1995): *El maestro de Educación Física y su desarrollo profesional*. Salamanca: Amarú.

Fraile, A. (2001): *La competición en el deporte escolar como factor segregador*. En *Actas del Congreso de la AEISAD*. Granada.

Fraile, A. (Coord.) (2001): *La actividad física jugada*. Alcoi: Marfil.

FRAILE, A. (Coord.) (2004a): *El deporte escolar en el siglo XXI: análisis y debate desde una perspectiva europea*. Barcelona: Graó-Biblioteca de Tándem.

FRAILE, A. (Coord.) (2004b): *Didáctica de la Educación Física. Una perspectiva crítica y transversal*. Madrid: Biblioteca Nueva.

FRAILE, A. et al. (2003): *Actividad física y salud*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

FRANCHINI, E. (2001): *Judo Desempenho Competitivo*. Sao Paulo. Brasil. Manole Ltda.

FREEDMAN, A.M.; KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J. (Eds.) (1980): *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

FREIRE, P. (1975): *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.

FREIRE, P. (1992): *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.

FREIRE, P. (1993): *Pedagogía de la esperanza*. Madrid: Siglo XXI.

FREIRE, P. (1994): *Cartas a quien pretende enseñar*. Madrid: Siglo XXI.

FREIRE, P. (1997): *A la sombra de éste árbol*. Madrid: Siglo XXI.

GALLARDO, P. y RODRÍGUEZ, A. (2008): *La actividad física como fuente de salud y calidad de vida*. Sevilla: Wanceulen.

GARCÉS DE LOS FAYOS, E. (2006): *Consideraciones esenciales en la intervención psicológica en el deporte y la actividad física*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en <http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf> (última consulta: 2 de febrero de 2007).

GARCÍA, D. (1991): Calidad de Vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, num.30, pp. 50-94.

GARCÍA, J.M.; NAVARRO, M. y RUIZ, J.A. (1996): *Bases teóricas del entrenamiento deportivo. Principios y aplicaciones*. Madrid: Gymnos.

GARCÍA ALONSO, M.I. (2001): *Las personas con retraso mental y su diagnóstico: traducción, adaptación y valoración de la "Escala de conducta adaptativa ABS-S:2" y del método de "Evaluación de las áreas de habilidades adaptativas AAA"*. Tesis Doctoral. Burgos: Universidad de Burgos.

GARCÍA ALONSO, M.I. (2005): Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*. Vol. 14. N.3. pp 255-276.

GARCÍA ALONSO M.I. (2006): Evolución del concepto de discapacidad a través de los paradigmas de atención de las últimas décadas. El papel de las familias. En M. Fernández Hawrylak y M.I. García Alonso. *Orientación familiar: familias afectadas por enfermedad o discapacidad*, pp.89-96. Burgos: UBU.

GARCÍA ALONSO, M.I. y MEDINA GÓMEZ, M.B. (2008): Caracterización fenotípica de varones adultos con diagnóstico de síndrome X frágil. *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, (Vol.17, (2), pp.201-214.

GARCÍA DÍEZ, E. (2007): *La discapacidad en la actualidad*. Disponible en <http://www.elcantarodesicar.com/psaludcantaro/discapacidadenlaactual07.htm> (última consulta: 3 de enero de 2008).

GARCÍA FERRANDO, M. (1990): *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza.

GARCÍA FERRANDO, M.; PUIG, N. y LAGARDERA, F. (Comps.): (2002): *Sociología del deporte*. Madrid: Alianza.

GARCÍA GARCÍA, E. (1988a): Normalización e integración. En J. Mayor (Dir): *Manual de educación especial*, pp.57-78. Madrid: Anaya.

GARCÍA GARCÍA, E. (1988b): El niño especial. En J. Mayor (Dir): *Manual de educación especial*, pp.195-219. Madrid: Anaya.

GARCÍA GARCÍA, E. (1988c): *La integración escolar: Aspectos psicosociológicos*. Madrid: UNED.

GARCÍA GARCÍA, J.M. *et al.* (2006): *“JUDO, Juegos para la mejora del aprendizaje de las técnicas”*. Barcelona: Paidotribo.

GARCÍA GARRIDO, J.L. (1986): *Fundamentos de Educación Comparada*. Madrid: Dykinson.

GARCÍA GONZÁLEZ, E. (2005): *“Protocolo de Groningen” ¿Quién decide el valor de la vida de un bebé minusválido?* Disponible <http://www.aceb.org/tvh06/gron.htm> (última consulta: 15 marzo de 2007).

GARCÍA HOZ, V. (1971): *Elementos para un programa de enseñanzas sociales*. Valladolid. Miñón.

GARCÍA HOZ, V. (1984): *La investigación del profesor en el aula*. Madrid: Escuela española.

GARCÍA HOZ, V. (1987): *Principios de pedagogía sistemática*. Madrid: Rialp.

GARCÍA HOZ, V. (1988): *Educación personalizada*. Madrid: Rialp.

GARCÍA MARTÍN, M.A. (2002): Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Efdeportes*. Año 8, núm.48. Buenos Aires: Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.htm> (última consulta: 26 de abril de 2008).

GARCÍA UCHA, F. (2006): *Psicología del Deporte aplicada al rol del entrenador*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. Guadalajara, Jalisco, México. Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en <http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf>. (última consulta: 4 de marzo de 2008).

GARCÍA VILLAMISAR, D. y MUELA MORENTE, C. (2006): *Calidad de vida y rehabilitación socio-laboral en personas con autismo*. UCM.

GARDNER, J.F. y CERRAN, D.T. (2005): Logro de resultados personales para personas con discapacidades del desarrollo. *Siglo Cero*, núm.215, Vol. 36(3), pp.38-65.

GARFIELD, C. A., & BENNETT, H. Z. (1984): *Peak performance: mental training techniques of the world's greatest athletes*. Los Ángeles: Tarcher.

GAVIRIA, J.L. (1991): El problema de la indeterminación de las puntuaciones factoriales. *Revista Española de Pedagogía*, núm.189, pp.239-260.

GAVIRIA, J.L. (1999): El enfoque multinivel en la evaluación de sistemas educativos. *Revista de Investigación Educativa*. Vol. 17-2, Pp.429-443.

GERMÁN ZUCCHI, D. (2001): Deporte y Discapacidad. *Revista digital Efdeportes*, núm.43. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm> (última consulta: 22 de diciembre de 2008).

GETTI, I (2001): Respiración bucal, postura, disgnacia. *Revista de la A.A.O.F.M.* Vol.32, núm.1. pp.37-49.

GIL MARTÍNEZ, R. (1997): *Manual para Tutorías y Departamentos de Orientación. Educar la autoestima – aprender a convivir*. Madrid: Escuela Española.

GIMENO SACRISTÁN, J. (1990): Currículum y diversidad escolar. En *Educación y sociedad*. Núm.11, pp.127-153.

GIMENO SACRISTAN, J. (2000): *La educación obligatoria: su sentido educativo y social*. Madrid: Morata.

GIMENO SACRISTAN, J. y PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1995): *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.

GINÉ, C. (1998): ¿Hacia donde va la integración? *Cuadernos de Pedagogía*, núm.296. pp.40-45.



GINÉ, C. (2004): *Avaluació dels serveis i qualitat de vida de les persones amb retard mental. Suports*. Vol. 8, núm.1, pp.58-68.

GOETZ, J.P. y LE COMPTE, M.D. (1988): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

GOLEMAN, D. (2006): *Inteligencia social*. Barcelona: Kairós.

GOMENDIO, M. (1996): *La Educación Física en las aulas de integración: diseño y elaboración de un programa de actividades físicas para la integración en primer curso de primaria a partir de la LOGSE*. Tesis Doctoral. Bilbao: Universidad del País Vasco.

GOMENDIO, M. (2000): *Educación Física para la integración de niños con necesidades educativas especiales*. Madrid: Gymnos.

GÓMEZ DOMÍNGUEZ, A. y DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, J. (2005): *La integración en el aula de educación física*. En F.J. Giménez, P. Sáenz-López y M. Díaz (Eds): *Educación a través del deporte*. Huelva: Universidad de Huelva.

GÓMEZ-VELA, M. (2004): *Evaluación de la Calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con necesidades especiales y sin ellas*. Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.

GÓMEZ-VELA, M. y SABEH, E.N. (2001): *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: INICO. Disponible en <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> (última consulta: 25 de noviembre de 2007).

GÓMEZ-VELA, M.; CANAL, R. y VERDUGO, M.A. (2004): *Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Retraso Mental desde su propia percepción*. Salamanca: INICO.

GÓMEZ-VELA, M. y VERDUGO, M.A. (2006): La calidad de vida en la adolescencia: Evaluación de jóvenes con discapacidad y sin ella. En M.A. Verdugo (Dir.) (2006):. *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*, pp.77-102. Salamanca: INICO.

GÓMEZ-VILLAMISAR, D. y MUELA, C. (2006): *Calidad de vida y rehabilitación socio-laboral en personas con Autismo*. Disponible en [http://www.aetapi.org/congresos/vigo\\_00/comun\\_22.pdf](http://www.aetapi.org/congresos/vigo_00/comun_22.pdf) (última consulta: 16 de septiembre de 2008).

GONZÁLEZ, A. (1999): Aspectos procedimentales: sistemas de aprendizaje del Judo. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.23-54. Barcelona: Hispano Europea.

GONZALEZ, J. F. (1992): *Procedimientos de Relajación*. Madrid: Eos.

GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L. (1982): Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe (I). *Psiquis*, núm. 3 (1). Pp.16-21.

GONZÁLEZ-GIL, F. y JENARO, C. (2006): La calidad de vida de niños hospitalizados. En M.A. Verdugo (Dir.) (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*, Pp.103-112. Salamanca: Amarú.

GONZÁLEZ PIENDA, J.A., *et. al.*, (1997): Autoconcepto, Autoestima y Aprendizaje Escolar. *Psicothema*, núm.2. Vol. 9, pp.271-289

GOODSON, I.F. (1996): *Representing teacher. Essays in teachers' lives, stories and histories*. Nueva York: TeachersCollege Pres.

GOTTLIEB, J.; SEMMEL, M.I. y VELDMAN, D.J. (1978): Correlates of social status among mainstream mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, núm.70 (3), pp.396-405.

GRACIA, A. *et. al.* (2009): Craniosynostosis in the Middle Pleistocene human Cranium 14 from the Sima de los Huesos, Atapuerca, Spain. *Proc. Natl. Acad. Sci. (PNAS) USA* (published online before print March 30, 2009).

Disponible en:

<http://www.pnas.org/search?fulltext=ana++gracia&go.x=0&go.y=0&go=GO&submit=yes> (última consulta. 31 marzo de 2009)

GRAU, C. (1998): *Educación de la Deficiencia Mental*. Valencia: Promolibro.

GREENSPAN, S. (1979): Social intelligence in the retarded. En N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research, second edition*, pp. 483-531. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

GREENSPAN, S. (1981): Defining childhood social competence: A proposed working model. En B. K. Keough (Ed.), *Advances in special education* (Vol.3), pp.1-29. Greenwich, CT: JAI Press.

GREENSPAN, S. (1994): Review of mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. *American Journal on Mental Retardation*, 98, pp.544-549.

GREENSPAN, S. y GRANFIELD, J. M. (1992): Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model of social competence. *American Journal on Mental Retardation*, 96 (4), pp.442-453.

GROSSMAN, H. (Ed.). (1973): *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

GROSSMAN, H. (Ed.). (1977): *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

GROSSMAN, H. (Ed.). (1983): *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

GUEDEA, J.A. (2005): *¡Vivir el Judo III!. Artículos y reflexiones de un profesor de Judo. Fundamentos de Judo*. FLF.

GUERRA, M. (2001): *Síndrome de Down y respuesta al esfuerzo físico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

GUTIÉRREZ, C. (2004). La enseñanza del Judo: los fundamentos del Judo en pie. *RendimientoDeportivo.com*, núm.8. Disponible en <http://www.RendimientoDeportivo.com/N008/Artic039.htm> (última consulta: 16 de marzo de 2008).

GUTIÉRREZ, C.R.; MALDONADO MENDOZA, M.A. y ZAMORANO SERRANO, E.B. (1988): La diversidad, un punto de encuentro en el sistema educativo. *Revista DOCES*, núm.1. Disponible en <http://doces.es/uploads/articulos/la-diversidad-un-punto-de-encuentro-en-el-sistema-educativo.pdf> (última consulta: 12 de junio de 2008).

GUTIÉRREZ GARCÍA, C. y PÉREZ GUTIÉRREZ, M. (2008): La contribución del Judo a la Educación. Jígora Kano: introducción, traducción y notas. *Artes Marciales Asiáticas*, Vol.3, núm.3, pp.38-53. León: Universidad de León.

GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M. (2004): El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de Educación*, núm.335, pp.105-126. Disponible en [http://www.revistaeducacion.mec.es/re335/re335\\_10.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/re335/re335_10.pdf) (última consulta: 12 de septiembre de 2008).

GUTIÉRREZ SANTIAGO, A. (2002): Estudio cronológico sobre los acontecimientos más importantes en la vida de Jigoro Kano. *Revista digital Efdeportes*. Año.8, núm.51. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd51/kano.htm> (última consulta: 12 de enero de 2009).

GUTIÉRREZ ZULOAGA, I (1997): *Introducción a la historia de la Logopedia*. Madrid: Narcea.

GUZMÁN, C.C. (1989): *Enseñanza y dificultades de aprendizaje (análisis de la Educación Especial)*: Madrid: Escuela Española.

HAEUSSLER, I. M. y MILICIC, N. (1998): *Confiar en uno mismo*. Santiago de Chile: DOLMEN.

HALPERN, A. (1993): Quality of life as a conceptual framework for evaluating transition outcomes. *Exceptional Children*, núm.59 (6), pp.486-498.

HARNER, C.J. y HEAL, L.W. (1993). The Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale (MLSS): Psychometric properties of an interview schedule for assessing personal satisfaction of adults with limited intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, núm.14, pp.221- 236.

HEAL, L.W., RUBIN, S.S. y PARK, W. (1995b). *Lifestyle Satisfaction Scale*. Champaign- Urbana, IL: Transition Research Institute, University of Illinois.

HERNÁNDEZ, F.J. (1995): *Torpeza motriz*. Barcelona: EUB.

HERRERO LOZANO, E. (1990): *Entrenamiento en relajación creativa*. Madrid: Herrero Lozano.

HEWARD, W.L. (1994): Three “Low-Tech” Strategies for Increasing the Frequency of Active Student Response During Group Instruction. *Focus on measurable instrucción superior*, pp.283-320. Monterey, CA: Brooks/Cole.

HEWARD, W.L. (1998): *Niños Excepcionales. Una introducción a la educación especial*. Madrid: Prentice may.

HEWARD W.L. (2003): The Faulty Notions About Teaching and Learning That Hinder the Effectiveness of Special Education. *The Journal of Special Education*, núm.4. Vol. 36, pp.186-205.

HOLMES, C.A. (1989): Health care and the quality of life. A review. *Journal of Advanced Nursing*, núm.14, pp.833-839.

HORNILLO, I. y REBOLLO, M.A. (2006): Discurso biográfico-narrativo de alumnos de programas de garantía social: una perspectiva sociocultural. *Ciencias de la Educación*, núm.208, pp.477-498.

HEBERMAN, M. (1998): Trabajando con narrativas biográficas. En H. McEwan y K. Egan (Comps.), Pp.183-235.

HUGHES, C. y HWANG, B. (1996): Attempts to conceptualiza and measure quality of Life. En R.L. Schalock (Ed.). *Quality of Life: Conceptualización and Measurement*. Vol I. Pp.51-61. Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.

HUICI, C. y MOYA, M (1994): La inferencia social. En J.F. Morales (coord.): *Psicología social*. pp.285-322. Madrid: McGraw-Hill.

HURTADO, S. (2006): *YOGA. La búsqueda del equilibrio*. Madrid: LIBSA.

IMBERNÓN, F. (1994): *La formación y el desarrollo profesional del profesorado. Hacia una nueva cultura profesional*. Barcelona: Graó.

IMBERNÓN, F. (1999): *La educación en el siglo XXI. Los retos del futuro inmediato*. Barcelona: Graó.

INSERSO (1983): *Clasificación internacional de Deficiencias. Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.



INSERSO (1994): *Clasificación internacional de Deficiencias. Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO.

ITURBE, T y DEL CARMEN, M.C. (1989): *El departamento de orientación en un centro escolar*. Madrid: Narcea.

JACKSON, Ph.W. (1998): Sobre el lugar de la narrativa en la enseñanza. En H. McEwan y K. Egan (Eds.), pp.25-51.

JACKSON, S. A. (1995): Factors influencing the occurrence of slow states in elite athletes. *Journal of applied sport psychology*, núm.7, pp.138-166.

JACOBSON, E. (1930): *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

JAHODA, M. (1958): *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

JAMIESON, J. (1993): *Adults with mental handicap: Their quality of life*. Vancouver: British Columbia Ministry of Social Services.

JAZARIN, J.L. (1968): *El espíritu del Judo* (Trad. Sabido, M.D. 1996): Madrid: Eyras.

JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (1996): CPM y PERT-COSTE como estrategias de planificación de recursos. Aplicaciones al cote directo y la duración de proyectos educativos. *Ciencias de la Educación*, núm.167, pp.359-374.

JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (1999): *Política Educativa. Fundamentos y Perspectivas Críticas*. Colombia: Universidad Católica de Manizales.

JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (2000): Política educativa y sociedad. Génesis y transformaciones de sus principales escenarios y redes de actores. *Ciencias de la Educación*, núm.184.

JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. *et al.* (1998): Educación popular y escuelas pías. Perspectivas, géneros, desarrollos y perspectiva. *Ciencias de la Educación*, núm.172, pp.9-22.

JIMENEZ EGUIZÁBAL, A. y PALMERO CAMARA, C. (2007): New approaches to university in Spain: academic change, creative dimensions and ethical commitment in the establishment of the European Higher Education Area. *Rev. Journal of Educational Administration and History*. Vol. 39-3, pp.227-237. Reino Unido.

JIMENEZ EGUIZÁBAL, A. y PALMERO CAMARA, C. (2008): The Quality of University Programs for Older People in Spain: Innovations, Tendencies and Ethics in the face of Active Ageing and the European Higher Education Area. *Rev. Educational Gerontology*. Vol. 34-4, pp.328-354. EEUU.

JIMENEZ EGUIZÁBAL, A.; JIMÉNEZ J. y PALMERO CÁMARA, C. (2005): La política educativa y la naturaleza compleja de la educación. Nuevos enfoques epistemológicos. *Revista Española de Pedagogía*. Vol.234. pp.249-272. Madrid.

JIMÉNEZ MARTÍNEZ, F. (1991): *Pedagogía Terapéutica y Psicopatología. VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

JIMÉNEZ ORTEGA. J. y JIMÉNEZ DE LA CALLE. I. (1997): *Psicomotricidad, teoría y programación*. Madrid: Escuela Española.

JORDÁN DE URRIES, F.B.: VERDUGO, M.A. y JENARO, C. (1999): *Cuestionario sobre "tipicidad" en el empleo*. Trad. y adap. de Mank, D.; Cioffi, A. y Yovanoff, P. (1997). En M.A. Verdugo (Dir.) (2206). *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*, pp.171-193. Salamanca: Amarú.

JUÁREZ, B. M. (2001): *La Calidad de Vida*. Madrid: Acento Editorial.

JURADO, P. (1991): La inteligencia límite y el ámbito de la deficiencia mental. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

KANNER, L. (1964): *A History of the Care and Study of the Mentally Retarded*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

KANO J. (Publicado en 1921): "Yo recomiendo a todos los estudiantes en general, la práctica de la Kata". HERGUEDAS CANALES, J.J. (2000): Curso de *Katas* de Verano en *KODOKAN*. [http://blogs.ua.es/checa/files/2007/12/opinion\\_jigoro.pdf](http://blogs.ua.es/checa/files/2007/12/opinion_jigoro.pdf) (última consulta: 3 de septiembre de 2008).

KASHIWAZAKI, K. y NAKANISHI, H. (1995): *Atacar en Judo*. Barcelona: Paidotribo.

KAWAISHI, M. (1963): *Judo. Las siete katas*. Barcelona: Bruguera.

KAWAISHI, M. (1964): *Mi método de Judo*. Barcelona: Bruguera.

KAZUZO, K. (1979a): *Judo en Acción, Técnicas de Proyección*. Bilbao. España. Fher.

KAZUZO, K. (1979b): *Judo en Acción, Técnicas de Combate Cuerpo a Cuerpo en el Suelo*. Bilbao. España. Fher.

KEATING, D. P. (1994): Contextualist theories of intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of intelligence*, (Vol.1). pp.293-298. New York: Macmillan.

KENNY CH. (2004): *¿El desarrollo causa la felicidad, o la felicidad causa el desarrollo?* Trad. TORRE, E. Disponible en <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/empresa/empresa2.htm> (última consulta: 4 de septiembre de 2007).

KENNETH W, T. (2000): *Intrinsic Motivation at Work: Building Energy and Commitment*. San Francisco: Berret-Koehler.

KILPATRICK, M., HEBERT, E., y JACOBSEN, D. (2002). Physical activity motivation. A practitioner's guide to self-determination theory. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, núm.74(4), pp.36-41.

KOZULIN, A. (1998): *Los paradigmas vigostkianos y de experiencia de aprendizaje mediado en la capacitación de docente*. Trabajo presentado en la Conferencia "Enseñar para la Inteligencia". Nueva York.

KRAMER, H. y SPRENGER, J. (1486): *Malleus Maleficarum*. Trad. Froreal Maza (1956): Buenos Aires: Orión.

KUDO, K. (1979): *Judo en acción. Técnicas de Proyección*. Bilbao: FHER.

LAGARDERA OTERO, F. (2007): La conducta motriz: un nuevo paradigma para la educación física del siglo XXI. *Revista Conexões*, v.5, núm.2. Disponible en <http://www.praxiologiamotriz.inefc.es/PDF/paco-%20conexoes-2007-217.pdf> (última consulta: 4 de enero de 2009).

LANDAURO, J. (2005): *Deporte y discapacidad*. Disponible en [www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/discapacidad/derechos/31141115doc.doc](http://www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/discapacidad/derechos/31141115doc.doc) (última consulta: 14 de marzo de 2007).

LÁZARO, A.J. (1991): Los indicadores en el proceso evaluador. *Apuntes de educación*, núm.43, pp.10-12.

LÁZARO, A.J. (1992): La formalización de indicadores de evaluación. *Bordón*, núm.43, pp.477-494.

LE BOULCH, J. (1979): *La educación por el movimiento en la edad escolar*. Buenos Aires: Paidós.

LE BOULCH, J. (1991): *El deporte educativo*. Buenos Aires: Paidós.

LEIVA, E.L. et al. (2006): *La Gimnasia Musical Aeróbica en el desarrollo biopsicosocial de personas adultas con retraso mental del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales núm.7, del Municipio Cerro*. Disponible en <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEyypkIFAVZOqhizUI.php> (última consulta: 17 de marzo de 2008).

LELAND, H. (1978): *Theoretical considerations of adaptative behavior*. En W.A. Coulter y H.W. Morrow (Eds.): *Adaptative Behavior: Concepts and measurements*. New York: Grune & Stratton.

LEYVA INFANTE, R. (2000): *Propuesta metodológica para el desarrollo de habilidades en la etapa inicial de formación del Judoka*. La Habana: ISCF.

LINARES, P. y ARRAEZ, MARTÍNEZ, JM. (1999): *Motricidad y Necesidades Especiales*. Granada: Asociación Española de Motricidad y Necesidades Especiales.

LLORCA, M. (2002): La Psicomotricidad como propuesta de intervención educativa. En M. Llorca, V. Ramos, J. Sánchez y A Vega: *La práctica psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, pp.143-160. Málaga: Aljibe.

LLUCH CANUT, M. T. (1999): *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.

LÓPEZ, F. (1996): *Desarrollo personal-social en el ámbito familiar*. En *Educación en Valores*. Cáceres: AIDEX

LÓPEZ ALONSO, c. (1999): La autobiografía como método de escritura. *Compás de Letras*, núm.1, pp.31-48.

LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (1991): Música y educación especial. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

LÓPEZ GUERRA, L. (Ed.) (1998) *Constitución Española*. Madrid: TECNOS.

LOREDO ABDALÁ, A. (2008): *Historia general del fenómeno del maltrato*. Disponible en <http://espai-temps.blogspot.com/2008/10/historia-general-del-fenmeno-de.html> (última revisión: 2 de enero de 2009).

LORENZO DELGADO, M. (1980): *El vocabulario y la ortografía de nuestros alumnos*. Madrid: CINCEL.

LORENZO DELGADO, M. (1981): *El vocabulario televisivo y su inserción en la enseñanza*. Granada: ICE.

LORENZO DELGADO, M. (1992): El profesor asesor y el diseño colaborador del plan de asesoramiento. *Revista de Educación*. núm.297, pp.315-331.

LORENZO DELGADO, M. (1994): *El liderazgo educativo en los centros docentes: técnicas de formación reflexiva y colaborativa*. Madrid: La muralla.

LORENZO DELGADO, M. (1995): *Organización escolar: la construcción de la escuela como ecosistema*. Madrid: Ediciones Pedagógicas.

LORENZO DELGADO, M. (2005): El liderazgo en las organizaciones educativas: revisión y perspectivas actuales. *Revista Española de Pedagogía*. núm.232. Vol.63, pp.367-388.



LORENZO DELGADO, M. y ORTEGA CARRILLO, J.A. (Coords.) (2001): *Las organizaciones educativas en la sociedad neoliberal (actas del XV Congreso Interuniversitario y de las V Jornadas andaluzas de organización)*: Granada: Grupo Editorial Universitario.

LORENZO DELGADO, M.; SOLA MARTÍNEZ, T. y CÁCERES RECHE, M.P. (2007): El liderazgo femenino en los cargos directivos: Un estudio longitudinal en la Universidad de Granada (1990-2005): *Educación y Educadores*. núm.2. Vol.10, pp.177-194. Disponible en <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/1462/3045>. (última consulta: 3 de diciembre de 2008).

LORENZO DELGADO, M.; TRUJILLO TORRES, J.M. y MORALES CASTRO, O. (2008): Los equipos directivos DE Educación Primaria ante la integración de las TICs. *Pixel-Bit: Revista de medios y educación*. Núm.32, pp.91-110.

LUCKASSON, R. y Cols. (Eds). (2002): *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. 10th Ed.* AAID. WASHINGTON. Para la versión en castellano: Asociación Americana de Retraso Mental (traducción de M.A. Verdugo y C. Genaro) (2004): *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

LURIA, A.R. (1974): *The Problem*. Disponible en <http://www.marxists.org/archive/luria/works/1976/problem.htm> (última consulta: 15 de abril de 2008).

LURIA, A.R. (1984): *Sensación y percepción*. Barcelona: Martínez Roca.

MACAZAGA, A.M. (2003): *Proceso formativo de un grupo de profesores de educación física a través de la investigación-acción: Un estudio de casos*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.

MAIGRÉ, A y DESTROOPER, J. (1984): *La educación psicomotora*. Madrid: Morata.

MALO, M.A. (2003): Las personas con discapacidad en el mercado de trabajo español. *Rev. del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm.46, pp.99-126

MANCINI, J.A. y ORTHNER, D.K. (1980). Situational influences on leisure satisfaction and morale in old age. *Journal of American Geriatrics Society*, núm.28, pp.466-471.

MANSILLA, M. (1999): El Judo en el contexto recreativo. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.201-218. Barcelona: Hispano Europea.

MANUAL DE CLASIFICACIÓN Y REGLAS DEPORTIVAS CP-ISRA  
CEREBRAL PALSY INTERNATIONAL SPORTS & RECREATION

ASSOCIATION. 7ª EDICIÓN 1997 – 2000 ACTUALIZACIÓN ENERO 1997. Disponible en <http://www.nado.com.ar/natsinli07.htm> (última consulta: 23 de abril de 2007).

MARGRET WINZER, (1993): *The History of Special Education: From Isolation to Integration*. England: Hardcover

MARÍN, A.I.; DE LA PARTE, J.M. y LÓPEZ M.A. (2006): La planificación centrada en la persona. Un apoyo para desarrollar la autodeterminación. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán (Coords): *Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, pp.335-350. Salamanca: Amarú.

MARTÍN SÁNCHEZ, F., MARTÍN VICENTE, F., (1988): *Educación Física y deportes para minusválidos psíquicos*. Madrid: Gymnos.

MARTÍNEZ, B. (1991): Adaptación del medio ambiente físico escolar a la integración de la diversidad. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

MARTÍNEZ, E. (2002): *Pruebas de Aptitud Física*. Barcelona. Paidotribo.

MARTÍNEZ ALCOLEA, A. y CALVO RODRÍGUEZ, A.R. (1996): *Técnicas para evaluar la competencia curricular en E. Infantil*. Madrid: Escuela Española.

MARTÍNEZ CRAIDO, G. (1998): *El juego y el desarrollo infantil*. Barcelona: Octaedro.

MARWOOD, Des. (2006): *Judo. Iniciación y perfeccionamiento*. (3ª ed.). Barcelona: Paidotribo.

MAYKUT, P. y MOREHOUSE, R. (1999): *Investigación cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado.

MAYOR, J. (1988): *Manual de educación especial*. Madrid: Anaya.

MAYOR, J. y SAINZ, J. (1988): Procesos cognitivos en deficientes mentales, en MAYOR, J. (Ed.) *Manual de educación especial*. Madrid: ANAYA.

McEWAN, H. (1998): Las narrativas en el estudio de la docencia. En H. McEwan y K. Egan (Eds.), pp.236-259.

McEWAN, H. y EGAN, K. (Compls.) (1998): *La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación*. Buenos Aires: Amorrortu.

McKERNAN, J. (1999): *Curriculum e investigación-acción*. Madrid: Morata.

MEC (1989): *Plan de Investigación Educativa y de Formación del Profesorado*. Madrid: MEC.

MEC (2006): *Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria*. BOE n.293, de 4 de diciembre, pp.43053-43102. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/08/pdfs/A43053-43102.pdf> (última consulta: 12 de mayo de 2009).

MEC (2007): *Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria*. BOE n.5, de 5 de enero, pp.677-773. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2007/01/05/pdfs/A00677-00773.pdf> (última consulta: 13 de marzo de 2009).

MENDOZA, N. (2003): La educación física ante las necesidades educativas especiales. En E. González del Hoyo y F. Ruiz Juan (Coord.): *La dimensión europea de la Educación Física y el deporte en edad escolar. Hacia un espacio europeo de educación superior*. pp.323-328. Valladolid: AVAPEF.

MENDOZA RIOS, D.M. (2004): La escucha en la discapacidad intelectual. *La Misión*.

Disponible en: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/universitarios14.html>

(última consulta: 14 de mayo del 2007).

MERTENS, R. (1987): *Coaches guide to sport psychology*. Champaign, Il: Human Kinetics.

MESA, P.J. (1986): *El marco teorico de la psicopatología*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

MICHALOS, A.C. (1980). *North American Social Rapport: A comparative Study of the Quality of Life in Canada and Usa from 1964 to 1974*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.

MICHALOS, A.C. (1985). Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples. *Social Indicators Research*, núm.16, pp.347-413.

MICHALOS, A.C. (1986). An application of Multiple Discrepancies Theory (MDT) to seniors. *Social Indicators Research*, núm.18, pp.349-373.

MICHALOS, A.C. (1988). Optimism in thirty countries over a decade. *Social Indicators Research*, núm.20, pp.177-180.

MIGUEL, J.M. (1996): *Auto/biografías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

MILLÁN, J.C. *et al.* (2003): Discapacidad intelectual y deterioro cognitivo en las personas en proceso de envejecimiento. Madrid: IMSERSO, *Estudios I+D+I*, núm.5 (Fecha de publicación: 06/05/2005): Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosdi-05.pdf> (última consulta: 5 de diciembre de 2007).

MINISTERIO DE CULTURA (1980): *Últimas técnicas de combate. El Judo como base de la defensa personal*. Madrid: Lidisa.

MIRALLAS SARIOLA, J.A. (1995): *BASES DIDÁCTICAS DEL JUDO: Biomecánica para el estudio y el aprendizaje de la técnica y la táctica del Judo*. Barcelona: CPET.

MIRALLAS SARIOLA, J.A. (2004): *Manual para entrenadores de Judo. Organización y planificación del proceso de entrenamiento*. Cerdanyola del Vallés. Barcelona. Disponible en [http://www.mirallas.org/Judo/Cursos/Dossier\\_Professor04.pdf](http://www.mirallas.org/Judo/Cursos/Dossier_Professor04.pdf) (última consulta: 12 de abril de 2009).

MIRANDA CASAS, A. (1986): *Introducción a las dificultades en el aprendizaje*. Valencia: Promolibro.

MOLINA, J.P. (1999): Aspectos conceptuales del Judo: las bases tradicionales. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.247-262. Barcelona: Hispano Europea.

MOLINA, J.P. y VILLAMÓN, M. (1997): El Judo y las actividades de lucha con agarre en la Educación Obligatoria. En S. Camarero, V. Tella y J. Mundina (Comps.): *La actividad deportiva en el ámbito escolar*. pp.301-318. Valencia: Promolibro.

MOLINA, J.P. y VILLAMÓN, M. (2001): La enseñanza de los deportes de lucha: el modelo integrado. En V. Mazón, *et al.* (Coords.): *La enseñanza de la Educación Física y el deporte escolar*. pp.128-134. Santander: ADEF

MOLINA GARCÍA, S. (1994): *Deficiencia Mental: aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.

MOLINA GARCÍA, S. y GÓMEZ, A. (1992): *Mitos e ideologías en la escolarización del niño deficiente mental: cómo y cuándo surgieron las escuelas especiales en España*. Zaragoza: Mira.

MOLLAT, M. (1988): *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media*. Mexico: F.C.E.

MONTALDO, M. (1994): Efectos del aprendizaje autónomo en la signatura de Geografía y su relación con la autoestima académica de los alumnos. *Informe final Tesis Magíster en Educación* Santiago de Chile: P.U.C.

MONTANER, J. (2007): *Empatía*. Disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2007/01/10/158848.php> (última consulta: 2 de enero 2009).



MONTERO, D. (1993): *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: ICE. Universidad de Deusto.

MONTERO, D. (1999a): *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades*. Bilbao: Grafman.

MONTERO, D. (1999b): El sistema de Valoración–Enseñanza-Evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS y ALSC. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urries: *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*, pp.435-466. *Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.

MONTERO, D. (2001): Metodología para la construcción y validación de instrumentos de evaluación: El ICAP .III SAID Seminario de Actualización en *Investigación sobre Discapacidad*. Salamanca: INICO.

MONTIEL, L. (2007): El papel de la orientación educativa en el campo de la integración de alumnos con necesidades educativas especiales. *Revista Iberoamericana de Educación*. Mexico.

MOREL, P. (1987): Diccionario biográfico. En J. Postel y C. Quétel (Comps): *Historia de la psiquiatría*, pp.573-771. México: Fondo de Cultura Económica. Versión castellana de *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (1983).Toulouse: Privat.

MORENO, B. y XIMENEZ, C. (1996): *Evaluación de la calidad de vida*. En G. Buela; V. E. Caballo y C. J. Sierra (Dirs). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp.1045-1067.

MORONTA, D. y CAMPOS, N. (2006): *Los fundamentos a través del Kata*. Madrid: Visión Net.

MORONTA, D. (2007): *Unión de las budo. 1906-2006*. Madrid: Visión Net.

MORREAU, I.E. y BRUININKS, R.H. (1991): *Checklist of adaptative Living Skills. Manual*. Allen: DLM Teaching Resources.

MUNTANER, J.J. (1991): Líneas actuales de intervención y educación en educación especial. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

MUNTANER, J.J. (1995): *La sociedad ante el deficiente mental: normalización, integración educativa, inserción social y laboral*. Madrid: NARCEA.

MUNTANER, J.J. (2001): *La persona con retraso mental. Bases para su inclusión social y educativa. Guía para padres y educadores*. Málaga: ALJIBE.

MUSITU, G.; GARCÍA, F. y GUTIÉRREZ, M. (1997): *Autoconcepto Forma A (AFA)*. Madrid: TEA, S. A.

NAVARRO, V. (2002): *El afán de jugar. Teoría y práctica de los juegos motores*. Barcelona. INDE.

NOVELL R. y FORGAS E. (2000): Retraso Mental y Demencia. *Seminario sobre el envejecimiento de la persona con retraso mental*. Oviedo. Disponible en [http://gw.feaps.org/feaps/calida\\_vejez/capitulo\\_04.pdf](http://gw.feaps.org/feaps/calida_vejez/capitulo_04.pdf) (última consulta: 28 de marzo de 2007).

NTOUMANIS, N. (2001): A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, núm.71, pp.225-242.

NUFFIELD, E.J. (1988): Biomedical Perspectives. En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds): *Handbook of Developmental and Physical Disabilities*, Pp 38-57. Nueva York: Pergamon Press.

O`BRIEN, J. (2003): La planificación centrada en la persona como factor de contribución en el cambio organizacional y social *Siglo Cero*, núm.208. Vol.34 (4), pp.65-69.

OJA, P. y TELAMA, R. (1991): *Sport for all*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

ONG CON CALIDAD (2003): Disponible en <http://www.ongconcalidad.org> (última consulta: 19 de junio de 2008).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): (1992): *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* Madrid: Meditor.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): (2001a): *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación* Madrid: Meditor.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): (2001b): Informe sobre la salud en el mundo. - *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html> (última consulta: 15 de abril de 2008).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): (2007): Marco para el desarrollo de estándares de CEM basados en la salud. Trad. Cruz Ornetta, V. Disponible en [http://www.who.int/peh-emf/publications/EMF\\_standards\\_framework\\_ES.pdf](http://www.who.int/peh-emf/publications/EMF_standards_framework_ES.pdf) (última consulta: 10 de abril de 2007).

ORLICK, T. (1986): *Juegos y deportes cooperativos*. Madrid. Popular.

ORLICK, T., & PARTINGTON, J. (1988): Mental skills to excellence. *The sport psychologist*, núm.2, pp.195-130.

ORTIZ DÍAZ, C. (1983): La integración escolar. *Vida Escolar*, pp.225-226.

ORTIZ DÍAZ, C. (1988): *Pedagogía terapéutica. Educación especial*. Salamanca: Amarú.

ORTIZ DÍAZ, C. (1995): Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En M.A. Verdugo (Dir.): *Personas con discapacidad*. pp.37-78. Madrid: Siglo XX.

ORTIZ DÍAZ, C. (1996): De las “necesidades educativas especiales” a la inclusión. *Siglo Cero*, núm.27, pp.5-13.

ORTIZ DÍAZ, C. (2000): Hacia una educación inclusiva. La educación especial: ayer, hoy y mañana. *Siglo Cero*, núm.31. Vol.I, pp.5-12.

OSORIO GULLÓN, L. (1972): Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los ciegos. *Revista Española de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia*, núm.II (4), pp.15-119.

OSORIO GULLÓN, L. (1973): Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los sordomudos. *Revista Española de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia*, núm. III (3), pp.71-131.

PADRÓS, F. (2002): *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

PAJÓN MECLOY, E. (1993): *El ciego como figura literaria: VIII. Los ecos del Taigeto*. En S. Martín Bermúdez. *Nosotros que nos quisimos tanto. Integración*, núm. 12, pp.36-37.

PALMER, P. y ALBERTI, M. (1992): *Autoestima*. Valencia: Promolibro-Cinteco.

PALMERO CÁMARA, C. (1989): *Educación y Sociedad en la Rioja Republicana (1931-1936)*: Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

PALMERO CÁMARA, C. (1999): Política educativa y compensación de las desigualdades. Los grupos desfavorecidos y su derecho a ser diferentes. *Ciencias de la Educación*, núm.178/179, pp.333-350.

PALMERO CÁMARA, C. (2000): Diversidad y Educación. Contribuciones científicas y tendencias actuales de investigación en Historia de la Educación Especial. *Ciencias de la Educación*, núm.184, pp.247-266.

PALMERO CÁMARA, C. (2005): Educar en valores: protocolo, recursos y necesidades educativas específicas para la educación de los consumidores. *Ciencias de la Educación*, núm.201, pp.45-68.

PALMERO CÁMARA, C. y JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (1998): El Material impreso en educación especial; una respuesta al mito de los deficientes como grupo de iletrados. En A. Escolano (Coord.): *Historia ilustrada del libro escolar en España: de la posguerra a la reforma educativa*, pp.397-420. Madrid: Muriel.

PALMERO CÁMARA, C. y JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (2005): La formación universitaria de personas mayores. Evaluación de su calidad y convergencia europea. *Rev. Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*. Vol. 10, pp.111-112.

PALMERO CÁMARA, C.; ALONSO, P. y JIMÉNEZ EGUIZÁBAL, A. (2005): Educación Superior y empleo. Escenarios, desafíos formativos y compromisos de sus actores. *Rev de Educación Superior*, núm.133. Vol. XXXIV (1), pp.53-54. México: ANUIES.

PARRILLA, M.A. (1991): Componentes ambientales e instructivos de los programas de integración. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

PEIRÓ, J. M.; SALVADOR, A. (1993): *control de estrés laboral*. Madrid: Eudema.

PELECHANO, V. (1984): Procesos de socialización en la deficiencia mental. *Revista Española de Pedagogía*, núm.164-165, pp.203-232.

PELECHANO, V. (1988): *Del diagnóstico psicológico al análisis ecopsicológico*. Vol.I. Valencia: Alfaplús.

PELECHANO, V. y GARRIDO, J. (1975): Un análisis factorial del Binet-Simon (Revisión Stanford, 1937) forma L. en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, núm.1 (0), pp.85-105.

PELECHANO, V. y GONZÁLEZ, M. (1976): Trastornos de conducta y deficiencia mental. *Análisis y Modificación de Conducta*, núm.2 (3), pp.267-280.

PELECHANO, V. y VINAGRE, J. (1976): Eficacia y poder diferencial del refuerzo social en la modificación de la conducta de un deficiente mental. *Análisis y Modificación de Conducta*, núm. 2 (2), pp.133-143.

PEÑA CASANOVA, J. y SÁNCHEZ BENAVIDEZ, G. (2006): El estudio del desarrollo de los procesos cognitivos. *Neuropsicología-Neurología Cognitiva*. Disponible en: <http://www.neuro-cog.com/luria6.htm> (última consulta: 7 de enero de 2009).

PEÑA QUIÑONES, G. (2005): Breve historia de la Neurocirugía. *Academia Nacional de Medicina de Colombia*. Disponible en <http://encolombia.com/medicina/academedicina/academ28269historianeurocirugia.htm>. (última consulta: 3 de marzo de 2007).



PÉREZ, B.C. y MORENO GARCÍA, J.A. (2007): La importancia de la respiración en el aprendizaje acuático: fundamentación teórica e implicaciones prácticas. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, núm.27. Vol.7(3), pp.39-56. Disponible en <http://www.um.es/univefd/respira.pdf> (última consulta: 2 de diciembre de 2008).

PÉREZ ÁLVAREZ, M. (1991): Prehistoria de la modificación de conducta en la cultura española. En V.E. Caballo (Comp): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, pp.51-66. Madrid: Siglo XXI de España

PÉREZ DE URBEL, J. (1973): *Fray Pedro Ponce de León y el origen del arte de enseñar a los mudos*. Madrid: Obras Selectas.

PÉREZ SERRANO, G. (2001): *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid. La Muralla.

PIAGET, J. *Teoría del Desarrollo Cognitivo*. Disponible en <http://www.uv.es/~marcor/Piaget/IdeasBas.html> (última consulta: 15 de marzo de 2008).

PIAGET, J. (1976): *El mecanismo del desarrollo mental*. (edit. y trad. Por Delval J.A.) Madrid: Nacional.

PICQ, L. y VAYER, P. (1977): *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico Médica.

PIERON, M. (1999): *Para una enseñanza eficaz de las actividades físico-deportivas*. Barcelona: INDE.

PITA, S. y PÉRTEGA, S. (2000): Significancia estadística y relevancia clínica. *Cad Atención Primaria*, num. 8, pp.191-195. Disponible en [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi\\_estadi/signi\\_estadisti2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi_estadi/signi_estadisti2.pdf) (última consulta: 4 de abril de 2008).

PITA, S. y PÉRTEGA, S. (2002): Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad. Atención Primaria*, núm.9, pp.76-78. Disponible en [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf) (última consulta: 6 de junio de 2007).

POHLER, R. (1998): *Iniciación al Judo*. Barcelona. Hispano Europea.

PORTUONDO, M. (2003): Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Salud Pública*, núm.4. Vol. 30. Cuba: Ciudad de la Habana. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400006&script=sci_arttext) (última consulta: 23 de noviembre de 2007).

PRAT, M. y SOLER, S. (2003): *Actitudes, valores y normas de la educación física y deporte. Reflexiones y propuestas didácticas*. Barcelona: INDE.

PUJADAS, J.J. (1992): El Método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales. *Cuadernos Metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Madrid.

PUJOLÁS, P. (2001): *Atención a la diversidad y aprendizaje cooperativo en la educación obligatoria*. Málaga. Aljibe.

RAPLEY, M. y hopgoog, I. (1997): Quality of life in a community-based service in rural Australia. *Journal of Intellectual y Developmental Disabilities*, núm.22(2), pp.125-141.

RAUSCHER, F.H., SHAW, G.L., & KY, K.N. (1993): Music and spatial task performance. *Nature*, pp.365-611.

RAUSCHER, F.H., SHAW, G.L., & KY, K.N. (1995): Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: Towards a neurophysiological basis. *Neuroscience Letters*, núm.185, pp.44-47.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2001): *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Calpe.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (1994): *Conferencia mundial sobre Necesidades Educativas Especiales*. Madrid: Boletín del Real Patronato, núm.28.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (1996): *Programa de acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Madrid: Real Patronato, 2ª Ed. Española.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (1997a): *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*. Madrid: Autor.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (1997b): *Real Patronato. Folleto Informativo*. Madrid: Autor.

REDONDO, E. (2001): *Introducción a la Historia de la Educación*. Barcelona: Ariel.

REEVE, J. (1994): *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

REINA, R. (2003): Propuesta de intervención para la mejora de actitudes hacia personas con discapacidad a través de actividades deportivas y recreativas. *Efdeportes. Revista Digital*. Año 9 núm.59. Buenos Aires. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd59/discap.htm> (última consulta: 24 de junio de 2007).

REISS, S. (1996): Psicopatología en el retraso mental. *Siglo Cero*, núm.27 (4), pp. 13-18.

RICOUER, P. (1999): *Historia y narrativa*. Barcelona: Paidós.

RIERA, C. et al. (2003): *Una aproximación a la población con inteligencia límite-ligera*. Madrid: IMSERSO.

RIGUTTI, A. *Atlante di anatomia*. Trad. OLMEDA LA TORRE, M. Madrid: SUSAETA.

RÍOS, M. (2003): El juego y el alumnado con discapacidad intelectual y/o plurideficiencia. *Tándem*, núm.11, pp.40-49.

RÍOS, M. y PAYÁ, M. (2001): Los juegos motrices sensibilizadores y la educación moral. *Tándem*, núm.2, pp.51-61.

RIVAS, C.A. (2006): *Entrenamiento Emocional en el Deporte*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. Guadalajara, Jalisco, México. Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en <http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf>. (última consulta: 15 de julio de 2008).

ROBLES RODRÍGUEZ, J. (2003): La enseñanza del Judo mediante una metodología activa. Una propuesta de entrenamiento integrado. *Revista Efdeportes*. Año.9, núm.64. Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd64/Judo.htm> (última consulta: 4 de marzo de 2006).

ROCCATAGLIATA, G. (1986): *A History of Ancient Psychiatry*. Nueva York: Greenwood Press.

ROCHON ALAIN. (1991): *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.

RODRÍGUEZ DABAUZA, P. (1986): *Judo aplicado a la defensa personal*. Madrid: Esteban Sanz.

RODRÍGUEZ DABAUZA, P. *Judo Dinámico: Judo superior 1º*. Madrid: Budo Internacional Publ. Co. Video

RODRÍGUEZ DABAUZA, P. *Judo Dinámico: Judo superior 2º*. Madrid: Budo Internacional Publ. Co. Video.

RODRÍGUEZ DABAUZA, P. *Judo Dinámico: historia, fundamentos y programa técnico*. Madrid: Budo Internacional Publ. Co. Video.

RODRÍGUEZ DABAUZA, P. *Judo Dinámico: programa hasta 3º Dan*. Madrid: Budo Internacional Publ. Co. Video.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J. (1989): *No te rindas ante la deficiencia mental*. Madrid: Rialp.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J. y BUCETA, M.J. (1995): La deficiencia mental: aspectos psicológicos y psicopatológicos de las estructuras deficitarias. En j. Rodríguez Sacristán. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo II, pp.855-905. Sevilla: Universidad de Sevilla.

ROJAS, S. (2004): *Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencia desde un hogar de grupo*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

ROSALES, C. (1997): Educar para la igualdad en la diferencia. En J.R. Albete (Coord.): *Estrategias de aprendizaje y servicios de apoyo*. pp.23-41. Santiago de Compostela: Tórculo.

ROYCE, J. R. y POWELL, A. (1983): *Theory of Personality and individual differences*. Englewood Cliffs N. J. Prentice-Hall.

RUBBENS, F.M. y MORENO, J.M. (1971): *Enseñanza programada*. Madrid: Paraninfo.

RUBIO, V.J. (1995): Las habilidades sociales y la conducta adaptativa en el retraso mental. Competencia personal y competencia interpersonal. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con discapacidad*, pp.677-716. Madrid. Siglo XXI.

RUBIO, E. y RAYÓN, L. (1999): *Repensar la enseñanza desde la diversidad*. Sevilla. MCEP.

RUIZ FERNÁNDEZ, M.I. (2002): *Trabajo y discapacidad: incidencia de factores sociales y educativos en Extremadura*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.

RUIZ OLABUÉNAGA, J.L. (1999): *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

RUIZ OLABUÉNAGA, J.L. (2003): *Técnicas de triangulación y control de calidad en la investigación socioeducativa*. Bilbao: Mensajero.

RUIZ ROS, V. *et al.* (1992): Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud. *Medicina Clínica*, núm.17. Vol. 98. pp.663-670. Universitèria d' Infermeria de la Universitat de València (IQV-EUIV-1):

RUIZ SÁNCHEZ, P. (1999): Deficiencia visual y actividad física. En P. L. Linares y J.M. Arráez (Coord.): *Motricidad y necesidades especiales*. pp.161-178. Granada: Asociación Española de Motricidad y Necesidades Especiales.

RUMBAUT, R.D. (1972): The First Psychiatric Hospital of the Western World. *American Journal of Psychiatry*, núm.128 (10), pp.1305-1309.

RYAN, R. M. (1991): The nature of the self in autonomy and relatedness. En J. Strauss y G. R. Goethals (Eds.). *The self: Interdisciplinary approaches*, pp.208-238. New York: Springer-Verlag.



SÁEZ-LÓPEZ, P. (2000): *El maestro principiante de educación física*. Huelva: Universidad de Huelva.

SALVADOR CARULLA, L. (1995): *Retraso mental y enfermedad psiquiátrica. Evaluación, tratamientos y servicios*. Barcelona: Neurociencias.

SALVADOR CARULLA, L. (1996): *Evaluación psicosocial de retraso mental: conceptos, metodología e instrumentos*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

SAMULSKI, D. (2006): *Psicología del deporte aplicada al alto rendimiento*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en [www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf](http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf). (última consulta: 25 de abril de 2007).

SÁNCHEZ ASÍN, A. (1991): Déficits cognitivos estructurales y/o funcionales en el retraso mental. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1996): *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

SÁNCHEZ DE AMO, A. (2003): Los medios de comunicación ante la discapacidad. *Acciones e investigaciones sociales*, núm.17, pp.183-214. Disponible en [http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/17\\_AIS/AIS\\_17\(06\).pdf](http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/17_AIS/AIS_17(06).pdf) (última consulta: 14 de abril de 2008).

SÁNCHEZ MANZANO, E. (1992): *Introducción a la Educación Especial*. Madrid: Complutense.

SÁNCHEZ PALOMINO, A. y TORRES, J. (Coord.): (1999): *Educación Especial I. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. pp.275-292): Madrid: Pirámide.

SANCHÍS, J. (2005): Los valores del deporte en el año europeo de la educación a través del deporte. En F.J. Giménez, P. Sáenz-López y M. Díaz (Eds): *Educación a través del deporte*. Huelva: Universidad de Huelva.

SANDÍN, M.P. (2003): *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.

SANTAMARINA, C. y MARINAS. J.M. (1994): Historias de vida e historia oral. En J.M. Delgado y J. Gutiérrez (Coords.): *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, pp.257-285. Madrid: Síntesis.

SANTOLARIA, F. (1997): *Marginación y educación. Historia de la educación social en la España moderna y contemporánea*. Barcelona: Ariel.

SANTOS NALDA, J. (2003): *“JUDO INFANTIL: Educación integral”*. Barcelona: Alas.

SANTOS NALDA, J. (2007): Revisión del libro *“Aikido, un arte marcial (acceso a otro modo de ser) escrito por Protin A. (1998): Artes Marciales Asiáticas”*. León: Universidad de León.

SANTOS GUERRA, M.A. y LORENZO DELGADO, M. (2001): *Las Organizaciones escolares: hacia nuevos modelos*. Buenos Aires: FUNDEC.

SANZ, R., CASTELLANO, F. y DELDAGO, J.A. (eds.) (1995): *Tutoría y Orientación*. Barcelona: Cedecs lid.

SARABA, B. (1985): Historias de vida. *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, núm.29, pp.165-186.

SARTO, P. (1991): La intervención en la inadaptación. *VI Jornadas de Universidades y Educación Especial*. Salamanca.

SAURA, P. (1996): *Cómo educar el autoconcepto*. Propuesta pedagógica. Murcia: Universidad de Murcia

SCHALOCK, R.L. (1990a): Attempts to conceptualize and measure quality of life. In R.L. Schalock (Ed.): *Quality of Life; Perspectives and issues*. Washington DC: AAMR.

SCHALOCK, R.L. (1990b): *Quality of Life; Perspectives and issues*. Washington DC: AAMR.

SCHALOCK, R.L. (1990c): Where do we go from here? In R.L. Schalock (Ed.): *Quality of Life; Perspectives and issues*. pp.27-40. Washington DC: AAMR.

SCHALOCK, R.L. (1995a): *Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press.

SCHALOCK, R.L. (1995b): Implicaciones para la investigación de la definición, clasificación y sistemas de apoyos de la AAMR de 1992. *Siglo Cero*, núm.26 (1), pp.5-12.

SCHALOCK, R.L. (1996a): Can the concept of quality of life make a difference? In R.L. Schalock (Ed.): *Quality of life: Vol.II. Application to persons with disabilities*. Washington DC: AAMR.

SCHALOCK, R.L. (1996b): Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In R.L. Schalock (Ed.): *Quality of Life. Vol.1. Conceptualization and measurement*. Washington DC: AAMR.

SCHALOCK, R.L. (1997): Evaluación de programas sociales para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales. *Siglo Cero*, núm.28 (2), pp.23-35.

SCHALOCK, R.L. (1998): La confluencia de la conducta adaptativa y la inteligencia: implicaciones para el campo del retraso mental. *Siglo Cero*, núm.29 (3), pp.5-21.

SCHALOCK R.L. (1999): Hacia una nueva concepción de la discapacidad. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán (Eds), *III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, pp.79-111. Salamanca: Amarú.

SCHALOCK, R.L. (2001): Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. *Siglo Cero*, núm.194. Vol. 32, pp.17-27.

SCHALOCK, R.L. y Cols. (1991): Calidad de vida y su medición. *Siglo Cero*, núm.136, pp.58-68.

SCHALOCK, R. y VERDUGO, M. A. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation (AAMR).

SCHALOCK, R.L. y VERDUGO M.A. (2004): Calidad de vida y calidad de vida familiar. *II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y realidad. Un desafío*. Medellín. Colombia. Disponible en <http://www.pasoapaso.com.ve/CDVFVerdugo.pdf>. (última consulta: 24 de julio de 2007).

SCHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. (2006): Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Dir.) (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. pp.29-41. Salamanca: INICO.

SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), pp.21-36.

SCHEERENBERGER, R.C. (1983): *Hystory of mental retardation*. Baltimore. Trad. Paul H. Brookes. (1984): *Historia del retraso mental*. San Sebastián: SIIS.

SEGURA CARDONA, A.M. (2003): *Diseños cuasiexperimentales*. Universidad de Antioquía.

SENDRAIL, M. (1983): *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa-Calpe.

SINGER, R. (1986): *El aprendizaje de las acciones motrices en el deporte*. Barcelona: Hispano Europea.

SKINNER, B.F. (1954): *The science of learning and the art of teaching*. Harvard Educational Review. 24.

SKINNER, B.F. (1958): *The Behavior of Organisms an experimental analysis*. Nueva York; Appleton-Century Crofts.

SNELL, M.E. y VOGTLE, L.K. (1996): Facilitating relationships of children with mental retardation in schools. En R.L. Schalock (Ed.): *Quality of life: Vol.II. Application to persons with disabilities*. pp.43-62. Washington DC: AAMR.

SÓDER, M. (1984): Modelos de integración en otros países; Suecia. *Cuadernos de Pedagogía*, núm.120, pp.28-32.

SOLÉ, I. (1998): *Orientación educativa e intervenció psicopedagògica*. Barcelona: Horsori.

SOSA, P. (2001): Ética y deporte. En B. Vázquez Gómez (Coord.): *Bases educativas de la actividad física y el deporte*. pp.357-378. Madrid: Síntesis.

STAKE, R.E. (1999) *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

STARK, J. y FAULKNER, E. (1996): Quality of life across the life span. En R.L. Schalock. *Quality of Life: Conceptualization and Measurement*, Vol I. pp.23-32 Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation.

STEINHAUSEN, H.C. (1981): Chronically ill and handicapped children and adolescents: Personality studies in relation to disease. *Journal of Abnormal Child Psychology*, núm.9 (2), pp.291-297.

STERNBERG, R.J. (1984): Macrocomponents and microcompents of intelligence: Some proposed loci in mental retardation. En P. H. Brooks, R. Speerber, y C. McCauley (Eds.), *Learning and cognition in the mentall retarded*, pp. 89-114. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

STERNBERG, R.J. (1987a): Evaluación y psicología cognitiva. *American Psychologist* (1984) vol. 36, pp.1181-1187. Traducido y publicado en *Siglo Cero*, núm.111, pp.50-55.

STERNBERG, R.J. (1987b): *Inteligencia humana I. La naturaleza de la inteligencia y su medición*. Barcelona. Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): *Handbook of human intelligence*. Cambridge: University Press.

STERNBERG, R.J. (1987c): *Inteligencia humana II. Cognición, personalidad e inteligencia*. Barcelona. Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): *Handbook of human intelligence*. Cambridge: University Press.



STERNBERG, R.J. (1988a): *The Triarchic mind: a new theory of Human intelligence*. New York. Viking.

STERNBERG, R.J. (1988b): *Inteligencia humana III. Sociedad, cultura e inteligencia*. Barcelona. Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): *Handbook of human intelligence*. Cambridge: University Press.

STERNBERG, R.J. (1988c): *Inteligencia humana III. Evolución y desarrollo de la inteligencia*. Barcelona. Paidós. Edición en castellano de R.J. Sternberg (1982): *Handbook of human intelligence*. Cambridge: University Press.

STERNBERG, R.J. (1998): *Mas allá del cociente intelectual*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

STRICHART, S.S. y GOTTLIEB, J. (1975): Imitation of retarded children by their nonretarded peers. *American Journal of Mental Deficiency*, núm.79, pp.506-512.

SCHULTZ, J.H. (1969): *El entrenamiento autógeno. Auto relajación concentrativa*. Madrid: científico médica.

SWAIN, M. (1990): *Mike Swain´s Judo*. Swain Sport LTD. Video.

SZALAI, R. (1980): The meaning of comparative research on the quality of life. En A. SZALAI (Ed.): *The quality of life*. London: Sage.

THABOT, D. (1999): *Judo óptimo*. Barcelona: linde.

THE BRITISH JUDO ASOCIATION (1976): *Judo*. London. E.P: Publishing Limited.

THOMPSON, *et al.* (2004): *SIS: Escala de intensidad de apoyos*. Adaptación española, M.A. Verdugo, Adaptación española: Miguel A. Verdugo; Benito Arias Martínez y Alba Ibáñez García (INICO). Madrid: TEA.

TINNING, R. (1990): *Ideology and physical education. Opening Pandora`s box*. Victoria: Geelong.

TINNING, R. (1992): *Educación física. La escuela y sus profesores*. Valencia: Universidad de Valencia.

TODT, E. (1982): *La motivación. Problemas, resultados y aplicaciones*. Barcelona: Herder.

TOMATIS, A. (1991): *Pourquoi Mozart?* Paris: Fixot

TORO, S y ZARCO, J. (1998): *Educación física para niños y niñas con necesidades educativas especiales*. Málaga: ALJIBE.

TORRALBA, M.A. (2005): El deporte como medio de inclusión social. En F.J. Giménez, P. Sáez-López y M. Díaz (Eds): *Educación a través del deporte*. Huelva: Universidad de Huelva.

TORRES, G. (1990): *1000 ejercicios y juegos de actividades de lucha*. Barcelona: PAIDOTRIBO.

TORRES, G. (1998): *El conocimiento didáctico de contenido en la enseñanza de una técnica deportiva en balonmano*. Coruña: Universidad de La Coruña.

TORRES, G. (1999): Aspectos actitudinales de la participación en el Judo: la etiqueta. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.219-234. Barcelona: Hispano Europea.

TRUJILLO, J.T. (2006): *Claves para el posicionamiento de la psicología del deporte en México*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. México: Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en <http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf>. (última consulta: 5 de enero de 2008).

UZAWA, T. (1981a): *Defensa Personal*. Valladolid: Miñón.

UZAWA, T. (1981b): *Pedagogía del Judo*. Miñón. Valladolid.

VALENZUELA, A. (1983): La autoestima en los estudiantes. *Revista de Educación del Centro de Perfeccionamiento del Ministerio de Educación*. Núm.111. Santiago de Chile.

VALLE, M. (1996): *Técnica de investigación cualitativa en investigación social*. Madrid: Síntesis.

VALLEJO RUILOBA, J. (1992): *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.

VALLÉS, A. (1997): *ME GUSTA COMO SOY. Programa para mejorar el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima*. Madrid: Escuela Española S.A.

VANGIONI, J. (1988): Objetivos pedagógicos en los deportes de combate. *Revista de Educación Física*, núm.28, pp.29-32.

VASCONCELOS, J. (2006): *Ejercicio, ven-estar psicológico e depressao em adolescentes e adultos*. I Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte. México: Universidad Jesuita de Guadalajara. Disponible en [www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf](http://www.efsi.iteso.mx/congresoPsicologia/pdf.pdf). (última consulta: 25 de agosto de 2007).

VÁZQUEZ, J. (1999): *Natación y discapacitados*. Madrid: Gymnos.

VÁZQUEZ GÓMEZ, B. (1989): *La educación física en la educación básica*. Madrid: Gymnos.

VÁZQUEZ GÓMEZ, B. (Coord.) (2001): *Bases educativas de la educación física y el deporte*. Madrid: Síntesis.

VEENHOVEN, R. (1988): The utility of happiness. *Social Indicators Research*. núm.20, pp.333-354.

VEENHOVEN, R. (1996): Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, núm.18, pp.29-74.

VEENHOVEN, R. (1997): *Quality of life through personally meaningful activiy*. En R.I. Brown. (Ed.). *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice* (2ª ed.). pp.12-25. Cheltenham: Stanley Thornes.

VEENHOVEN, R. (2001): *Qualita della vita e falicita*. Centro Scientifico Editore. pp.67-95 Torino. Italia: Trad. AGUILÓ, C.

VELARDE, J. E. y AVILA, F. C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. núm.44 (4), D.F., México.

VELÁZQUEZ BUENDÍA, R. (2004): Enseñanza deportiva y educación. En A. Fraile (Coord.): *Didáctica de la Educación Física. Una perspectiva crítica y transversal*. pp.171-196. Madrid: Biblioteca Nueva.

VELÁZQUEZ CALLADO, C. y FERNÁNDEZ M.I. (2002): *Educación Física para la paz, la convivencia y la integración*. Valladolid: La Peonza.

VELÁZQUEZ CALLADO, C. (2004): *Las actividades físicas cooperativas. Una propuesta para la formación en valores a través de la educación física en las escuelas de educación básica*. México: Secretaría de Educación Física.

VERDERBER, J.M.S.; RIZZO, T.L. y SHERRILL, C. (2003): Assessing Student Intention to Participate in Inclusive Physical Education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, núm.20, pp.26-45.

VERDUGO, M.A. (1994): El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, núm.153. Madrid.

VERDUGO, M.A. (coord.) (1995): *Personas con discapacidad*. Madrid: Siglo XXI.

VERDUGO, M.A. (2003): Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Rev. Esp Discapac Intelec* 34, núm.205: pp.5-19.

VERDUGO M.A. (Dir.) (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: INICO.

VERDUGO, M.A. y JENARO, C. (1993): Una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, núm.147, 24(3), Pp.5-12.

VERDUGO, M.A. y AZUA P. (1997): XXV años de dedicación a las personas con retraso mental. *Siglo Cero*. Madrid: Escuela Libre.

VERDUGO, M.A.; JORDÁN DE URRIES, F.B. y BELLVER, F. (1998): Situación actual del Empleo con Apoyo en España. *Siglo Cero*, núm.175. Vol. 29 (1), pp. 23-31.

VERDUGO, M.A. y GUTIERREZ, B. (2001): *Retraso Mental: adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.

VERDUGO, M.A. y MARTÍN M. (2002): Autodeterminación y Calidad de vida en Salud Mental: Dos conceptos emergentes. *Salud mental*, núm.004, agosto, año/vol. 25, pp.68-77. México.

VERDUGO, M.A. y SABEH, E.N. (2002): Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, núm.001. Vol.14. Oviedo. Universidad de Oviedo, pp.86-91.

VERDUGO, M.A. y SCHALOCK, R.L. (2001): El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. *IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca.

VERDUGO, M.A. y SCHALOCK, R.L. (2006): Aspectos clave para medir la calidad de vida. En M.A. Verdugo (Dir.) (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. pp.43-58. Salamanca: INICO.

VERDUGO, M.A. *et al.* (2006): Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual. En M.A. Verdugo (Dir.) (2006): *Cómo mejorar la Calidad de vida de las personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación.* pp.417-448. Salamanca: INICO.

VERHAGEN, A.A.E. y SAUER, P.J.J. (2005): End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach From the Netherlands. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics.* Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/> (última consulta: 23 de noviembre de 2007).

VICENTE PEDRAZ, M. (1988): *Teoría Pedagógica de la Actividad Física. Bases epistemológicas.* Madrid. Gymnos.

VILA, A. (1999): *Tengo una hija deficiente. Evolución, socialización y tratamiento de una niña diferente.* Madrid: NARCEA.

VILDOSO, V.S. (2003): *Influencia de los hábitos de estudio y la autoestima en el rendimiento académico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Agronomía de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.* Lima. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

VILLADA, P. (1997): *Expresión Corporal.* En Castejón, F.J. *et al.* *Manual del Maestro Especialista en Educación Física,* pp.101-135. Madrid: Pila Teleña.



VILLADA, P. y VIZUETE, M. (2002): *Los Fundamentos Teóricos-Didácticos de la Educación Física*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

VILLAGRÁ, A. (2003): La Educación Física y las necesidades educativas especiales: un análisis crítico en el marco de la innovación educativa. *Tándem*, núm.11, pp.7-17.

VILLAMÓN, M. (Dir.) (1999a): *Introducción al Judo*. Barcelona: Hispano Europea.

VILLAMÓN, M. (1999b): "Glosario". En M. Villamón (Dir.), *Introducción al Judo*. pp.55-101. Barcelona: Hispano Europea.

VILLAMÓN, J. y BROUSSE, M. (1999): Evolución del Judo. En M. Villamón (Dir.). *Introducción al Judo*, pp.103-144. Barcelona: Hispano Europea.

VILLAMÓN, M. y ESPARTERO, J. (1999): La lucha en Oriente: el significado de «do». E en M. Villamón (Dir.), *Introducción al Judo*. pp.55-102. Barcelona: Hispano Europea.

VILLAMON, M. y MOLINA, J.P. (1999): La iniciación deportiva en el Judo. En M. Villamón (Dir.) *Introducción al Judo*.pp.145-166. Barcelona: Hispano Europea.

VIZUETE, M. (1997): *Bases teóricas de la Educación Física*. En Castejón, F.J. et al. *Manual del Maestro Especialista en Educación Física*, pp.5-43. Madrid: Pila teleña.

VLACHOU, A.D. (1999): *Caminos hacia una educación inclusiva*. Madrid: La Muralla.

VYGOTSKI, L. (1984): *El desarrollo de los procesos cognitivos superiores*. Barcelona: Crítica.

VYGOTSKI, L. (1995): *Pensamiento y Lenguaje*. Barceloba: Piados.

VYGOTSKI, L. S. (1997a): *Obras escogidas* (Tomo I, 2ª. ed.). Madrid: Aprendizaje Visor.

VYGOSTKI, L. S. (1997b): *Obras escogidas* (Tomo V). Madrid: Aprendizaje Visor.

WALLANDER, J. L., y Cols (2001): Quality of life meseasurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, núm.57 (4), pp.571-585.

WATANABE, J. y AVAKIAN, L. (2001): *The secrets of Judo. A text for instructor and students*. Boston: Tuttle.

WEHMEYER, M.L. (2001): Autodeterminación. Una visión de conjunto. *IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca.

WHO. (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease*. Ginebra: WHO.

WING SUE, D. *et al.* (1981): *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*". New York: John Wiley & Sons.

WITTROCK, M.C. (1989a): *La investigación de la enseñanza, I. Enfoques, teorías y métodos*. Barcelona: Paidós.

WITTROCK, M.C. (1989b): *La investigación de la enseñanza, II. Métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós.

ZABALA, A. (1995): *La práctica educativa. Cómo enseñar*. Barcelona: GRAÓ.

ZEGERS, B. (1981): *Proposición de un modelo analítico de la psicología del concepto de sí mismo*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

ZELLER, N. (1998): *La racionalidad narrativa en la investigación educativa*. En H. McEwan y K. Egan (Compls.), pp.295-314.

ZIJLSTRA, H. P. y VLASKAMP, C. (2005). Leisure provision for persons with profound intellectual and multiple disabilities: Quality time o killing time? *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 434-448

### **Referencias digitales:**

@gora. Portal digital del grupo de investigación de la Universidad de Huelva

ACCIÓN PEDAGÓGICA. Universidad de los Andes (Venezuela).

<http://www.saber.ula.ve/accionpe/>

AEU (Instituto de Altos Estudios Universitarios)

<http://www.iaeu.es/etextos/index.php>

ASPACE. (Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines).

<http://www.aspace.org/>

CDEPORTE. Revista electrónica internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista.html>.

Centro Informático Científico de Andalucía. Base de Datos de congresos

<http://web.cica.es/congresos/cong2/busca2.es.php3>

CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), <http://www.cermi.es/>

Comunidad Escolar: <http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/>

COMUNICACIÓN Y PEDAGOGÍA. Publicación especializada en la aplicación pedagógica de la informática y las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. [www.comunicacionypedagogia.com](http://www.comunicacionypedagogia.com).

CONTEXTO EDUCATIVO. Revista digital de Educación y Nuevas Tecnologías <http://contexto-educativo.com.ar/>

CREENA Centro de Recursos de EE de Navarra <http://www.pnte.cfnavarra.es/creena/>

CUADERNOS DE PEDAGOGÍA. Publicación especializada en pedagogía: información sobre cursos, congresos, jornadas, premios, exposiciones, proyectos y campañas, medios de comunicación, novedades bibliográficas y política educativa. [www.cuadernosdepedagogia.com](http://www.cuadernosdepedagogia.com).

Educación Especial. Portal sobre las necesidades educativas especiales. <http://www.educacion-especial.com/es/index.php>

Education Policy Analysis Archives: <http://epaa.asu.edu/>

EDUCACIÓN FÍSICA y DEPORTES. Revista electrónica deportiva. [www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com).

El Correo de la UNESCO: <http://www.unesco.org/courier>

El País Digital: <http://www.elpais.es>

EN BUENAS MANOS. Salud y terapias naturales.

<http://www.enbuenasmanos.com/>

ENFOQUES EDUCACIONALES. Departamento de Educación. Universidad de Chile. <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/enfoques/>

ERIC (Education Resources Information Center) <http://www.eric.ed.gov/>

EVALÚA. Portal digital de Software sobre Educación Especial

<http://paidos.rediris.es/needirectorio/>

FADDI (Federación Aragonesa de Deportes para Personas con Discapacidad Intelectual) <http://www.faddi.org>

FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual). <http://www.feaps.org/>

FECLEDMI (Federación Polideportiva de Discapacitados de Castilla y León) <http://www.fecledmi.org>

FEDDI (Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Intelectual) <http://www.feddi.org>,

FEKOOR (Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Bizkaia) <http://www.fekoor.com>

FUENTES. Revista electrónica de la Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Sevilla. <http://www.cica.es/aliens/revfuentes/>

HEURESIS. Revista electrónica de Investigación Curricular y Educativa <http://www.uca.es/HEURESIS/>

JUDO KIMURA. Blog destinado al Gimnasio “Dojo Kimura” sito en Tenerife. Un blog nacido con la idea de fomentar el noble arte marcial del Judo. <http://www.Dojokimura.com>

JUDO MENTAL. Portal digital dedicado a la publicación de datos interesantes sobre Judo Mental y su aplicación en personas con Discapacidad Intelectual ligera o moderada. Dirigido por José M. Arnáiz Zamanillo <http://Judomental.es> <http://Judomental.com> y <http://Judomental.org>

LA ALMENA. Periódico Digital de ASPANIAS. <http://www.aspaniasburgos.com/>

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Servicio de información sobre discapacidad. <http://sid.usal.es/>

NEED directorio <http://needirectorio.cprcieza.net/>



PASO A PASO. Revista digital de la Asociación de Padres de niños con necesidades especiales.

[http://www.pasoapaso.com.ve/cyber/cyberpasos\\_V4N7.htm](http://www.pasoapaso.com.ve/cyber/cyberpasos_V4N7.htm)

PSICOPEDAGOGÍA. Portal que proporciona información y recursos útiles, tanto para profesionales del sector educativo (profesores, orientadores, psicólogos, psicopedagogos), como para padres que desean conocer más acerca de la educación de sus hijos. [www.psicopedagogia.com](http://www.psicopedagogia.com).

REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD. <http://www.rpd.es/>

REDINET sistema documental automatizado con una cobertura temática que engloba investigaciones e innovaciones producidas en las Comunidades Autónomas en las materias incluidas en la categoría de Ciencias de la Educación. <http://www.ub.es/div5/redinet/esp/home.htm>

RELIEVE. Revista electrónica de Investigación y Evaluación Educativa <http://www.uv.es/RELIEVE/>

Revista Electrónica Universitaria de Formación del Profesorado: <http://www.uva.es/aufop/publica/revelfop.htm>

REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN. <http://www.campus-oei.org/revista/>

TESEO (Base de Datos de Tesis Doctorales). <http://www.mcu.es/TESEO/>

THE TIMES (suplemento de educación): <http://www.tes.co.uk/>

UNIVERSIDAD DE SEVILLA. Revista de medios y educación.  
[www.sav.us.es/pixelbit](http://www.sav.us.es/pixelbit).

UNIVERSIDAD DE SEVILLA. Sumarios de revistas.  
<http://bgubib.us.es/summarev/articulos/indice.asp>

VOCES. Publicación digital de FEAPS dirigida a las personas con discapacidad intelectual <http://www.feaps.org/comunicacion/voces.htm>

Web Especial. Portal sobre Educación Especial.  
<http://www.webespecial.com/>

## **ANEXOS**



## ANEXO I: GLOSARIO DE JUDO

### A

**AGE:** Levantar

**AGO:** Mentón

**ASHI:** Pie, pierna

**ASHI BARAI (HARAI):** Barrido de pies

**ASHI GARAMI:** Luxación a la pierna

**ASHI GURUMA:** Rueda por la pierna

**ASHI-SABAKI:** Trabajo con los pies

**ASHI-WAZA:** Nombre dado a todas las técnicas de pie

**ATAMA:** cabeza

**ATEMI:** Golpe

**AWASETE:** Unido, junto

**AWASETE-IPPON:** Juntar un punto

**AYUMI-ASHI:** Avance rectilíneo cambiando alternativamente la posición del pie adelantado

## **B**

**BARAI (HARAI):** Barrer

**BASAMI:** Tijeras

**BU:** Espíritu marcial

**BUDO:** Vía marcial. Artes marciales utilizadas antiguamente para la guerra, que han adoptado un significado de crecimiento espiritual; más que “de guerra” son “contra la guerra y la violencia”

**BUDOKA:** Practicante de un arte marcial

**BUSHI:** Guerrero o Samurai

**BUSHIDO:** Código de honor del Bushi. El camino del Samurai

## **C**

**CHIKARA:** Fuerza

**CHIKARA-NO-OYO:** Utilización de la fuerza del adversario

**CHUI:** Penalidad moderada

**CHUDAN:** Centro del cuerpo

## **D**

**DACHI:** Postura

**DAI NIHON BUTOKUKAI:** (Gran Sociedad de Virtud Marcial de Japón)

**DAKI:** Abrazar

**DAKI-WAKARE:** Lanzamiento lateral agarrando con los brazos el tronco por detrás

**DAN:** Grado de cinturón negro

**DE ASHI:** el pie que está delante

**DE ASHI BARAI (HARAI):** Barrido al pie adelantado

**DO:** Camino espiritual

**DO-JIME:** Presionar el tronco cruzando las piernas

**DOJO:** "lugar de la Vía". Donde se practica artes marciales

**DORI:** Agarre

## E

**EBI:** Tenazas, pinzas

**ERI:** Cuello

**ERI-DORI:** Agarre al cuello

## F

**FUSENSHO:** Ganador por no presentación del oponente

## G

**GAESHI:** Voltear

**GARAMI:** Mantener

**GO:** Cinco, duro, fuerte

**GO-DAN:** Quinto Dan

**GOKYO:** Principio

**GOSHI:** Cadera

**GURUMA:** Rueda

**GYAKU:** Opuesto

**GYAKU JUJI JIME:** Estrangulamiento de revés cruzado

## H

**HACHI:** Ocho

**HACHI-DAN:** Octavo Dan

**HADAKA:** Desnudo

**HADAKA JIME:** Estrangulación con la mano desnuda

**HAI:** Sí

**¡HAJIME!**: Dar comienzo a un combate

**HANE:** Aleta

**HANE GOSHI:** Muelle con la cadera

**HANE MAKIKOMI:** Proyección de enrollamiento de la técnica del muelle de la cadera



**HANSOKU:** Romper las reglas

**HANSOKU-MAKE:** Perdedor por romper las reglas

**HANTAI:** Cambio de lado

**HANTEI:** Decisión

**HARA:** Abdomen. Centro de nuestro cuerpo ubicado a cuatro dedos debajo del ombligo

**HARAI GOSHI:** Barrido con la cadera

**HARAI GOSHI GAESHI:** Contra del barrido con la cadera

**HARAI MAKIKOMI:** Proyección de enrollamiento barriendo con la cadera

**HARAI TSURIKOMI ASHI:** Barrido del pie tirando y levantando

**HARAI-WAZA:** Técnicas de barrido

**HIDARI:** Izquierda

**HIDARI-JIGO-TAI:** Postura defensiva izquierda

**HIDARI-SHIZEN-TAI:** Postura natural izquierda

**HIJI:** Codo

**HIKIKOMI GAESHI:** Proyección de sacrificio tirando hacia abajo

**HIKIWAKE:** Sin decisión (empate)

**HIZA:** Rodilla

**HIZA GURUMA:** Rueda por la rodilla

**HON:** Base

**HON KESA GATAME:** Control por el costado en bufanda

**HYAKU:** Cien

## I

**ICHI:** Uno

**ICHI-DAN:** Primer Dan

**IPPON:** 1 Punto completo. Combate ganado

**IPPON SEOI NAGE:** Proyección por el hombro con un brazo

**IRIMI:** Entrar. Cuerpo que entra

**IRIMI NAGE:** Proyectar entrando

**ITSUTSU-NO-KATA:** Las cinco formas

## J

**JIGO:** Defensa

**JIGO-HONTAI:** postura defensiva derecha

**JIGO-TAI:** Postura defensiva

**JIGORO KANO:** Fundador del Judo

**JIYU-GEIKO:** entrenamiento libre

**JU:** Flexibilidad

**JŪ:** Diez

**JŪ-DAN:** Décimo Dan

**JŪ-NI:** Doce

**JU-NO-KATA:** Formas de caballerosidad y flexibilidad

**JUDO:** “Camino de la flexibilidad”

**JUDOGUI:** Traje de Judo

**JUJI:** Cruzado

## K

**KAESHI-WAZA:** Técnicas de contraataque

**KAKARI-GEIKO:** estudio de las técnicas, en función de la acción del adversario

**KAKE:** Proyección. Acto de proyectar al contrario

**KAMAE:** Posición Natural y estable, en equilibrio

**KAMAE-NE-NO-KATA:** Formas de posiciones

**KAMAE KESA:** Forma de posición Kesa

**KAMAE KAMI:** Forma de posición Kami

**KAMAE YOKO:** Forma de posición Yoko

**KAMAE TATE:** Forma de posición Tate

**KAMI:** espíritu. Divinidad. Fuerza viviente

**KAMI SHIHO GATAME:** Control superior sobre cuatro puntos de apoyo

**KANI BASAMI (YOKO-SUTEMI-WAZA):** Proyección en tijeras

**KANSETSU-WAZA:** Técnicas contra las articulaciones (codo)

**KARA:** Vacío

**KATA:** Formas

**KATA GATAME:** Control por el hombro

**KATA GURUMA:** Rueda por los hombros

**KATA TE JIME:** Estrangulación con una mano

**KATAHA JIME:** Estrangulación controlando el hombro

**KATAME-NO-KATA:** Formas de control, de agarre

**KATAME-WAZA:** Técnicas de control y de inmovilización, también llamadas Osae Waza

**KATANA:** Espada o sable

**KAWAZU GAKE (YOKO-SUTEMI-WAZA):** Proyección enrollando una pierna y levantando tirándose hacia atrás

**KEIZA:** Sentado sobre los talones, con los dedos de los pies hacia dentro

**KIAI:** Grito (liberación de la energía concentrada)

**KIBISU GAESHI:** Zancadilla al talón

**KIME:** Ejecución completa. Concentración de la energía en un momento concreto

**KIME-NO-KATA:** Formas de técnica decisiva

**KINSHI-WAZA:** Técnicas prohibidas

**KO:** Pequeño

**KODOKAN:** Instituto de Judo en Japón

**KOKA:** ventaja técnica menor

**KOKIO-HO:** Método de respiración

**KOKOMINTAI-ATEMI-NO-KATA:** Kata que se puede aprender solo.

**KOSHI:** Cadera

**KOSHI GURUMA:** Rueda por la cadera

**KOSHI-WAZA:** Técnicas de cadera

**KOSHIKI-NO-KATA:** Formas clásicas o KITO-RYU-NO-KATA

**KO SOTO GAKE:** Pequeño gancho exterior

**KO SOTO GARI:** Pequeña siega exterior

**KOTE:** Muñeca

**KOUCHI GAESHI:** Contra del pequeño barrido interior

**KOUCHI GARI:** Pequeña siega interior

**KOUCHI MAKIKOMI:** Pequeña proyección de enrollamiento por el interior

**KU:** Nueve

**KU-DAN:** Noveno Dan

**KUATSU:** Sistema de reanimación

**KUBI:** Cuello

**KUCHIK TAOSHI:** Caída con una mano

**KUMI:** Agarre

**KUZURE KAMI SHIHO GATAME:** Variante del control superior sobre cuatro puntos de apoyo

**KUZURE KESA GATAME:** Variante del control laterocostal en bufanda

**KUZURE YOKO SHIHO GATAME:** Variable control lateral sobre cuatro puntos de apoyo

**KUZUSHI:** Desequilibrio

**KUMIKATA:** Métodos de agarre en Judo

**KYOSHI:** Maestro experto

**KYU:** Grado

## **M**

**MA-SUTEMI-WAZA:** técnicas de sacrificio de espaldas

**MAE:** Frontal. Hacia delante

**MAE-UKEMI:** Caída /voltereta frontal

**MAITTA:** Me rindo

**MAKI:** Enrollarse

**MATE!:** ¡Alto!. Parar

**MEN:** Cabeza

**MIGI:** Derecha

**MIGI-JIGO-TAI:** Postura defensiva derecha

**MIGI-SHIZEN-TAI:** Postura natural derecha

**MOROTE GARI:** Barrido con dos manos

## **N**

**NAGE:** Proyección

**NAGE-KOMI:** Repeticiones con derribo

**NAGE-NO-KATA:** Formas de tiro

**NAGE-SHOBU:** Lucha por el lanzamiento o proyección

**NAGE-WAZA:** Técnicas de proyección

**NAMI JUJI JIME:** Estrangulación con manos cruzadas y agarre normal

**NE-WAZA:** Técnicas de trabajo suelo

**NI:** Dos

**NI-DAN:** Segundo Dan

## O

**O:** Grande

**OBI:** Cinturón

**OBI OTOSHI:** Proyección por encima del cinturón

**OBITORI GAESHI:** Proyección de agarre al cinturón

**O GOSHI:** Gran proyección de cadera

**O GURUMA:** Gran rueda

**OKURI ASHI BARAI (HARAI):** Barrido de los pies

**OKURI ERI JIME:** Estrangulación deslizando solapas

**OSAEKOMI:** Inmovilizado

**OSAEKOMI-WAZA:** Técnicas de inmovilización

**O SOTO GAESHI:** Contra del gran barrido exterior

**OSOTO-GARI:** Gran siega exterior

**O SOTO-GURUMA:** Gran rueda por el exterior

**O SOTO OTOSHI:** Caída amplia por el exterior

**OTOSHI:** Descendente



**O UCHI GAESHI:** Contra del gran barrido interior

**O UCHI GARI:** Gran siega interior

## R

**RANDORI:** Práctica libre

**RANDORI-NO-KATA:** Formas de ejercicios libres

**REI:** "Respeto". Saludo

**REI-HO-NO-KATA:** Formas de saludo

**RENRAKU-WAZA:** Estudio de combinación de técnicas

**RITSU-REI:** Saludo de pie

**ROKU:** Seis

**ROKU-DAN:** Sexto Dan

**RYO TE JIME:** Estrangulación con dos manos

## S

**SABAKI:** Desplazamiento

**SANKAKU:** Triángulo

**SANKAKU JIME:** Estrangulación con control de las piernas en triángulo

**SAN:** Tres

**SAN-DAN:** Tercer Dan

**SASAE TSURIKOMI ASHI:** Acción de tirar y levantar sobre el pie de apoyo

**SEI:** Calma. Serenidad

**SEIZA:** Sentado sobre los talones (de rodillas)

**SENSEI:** Maestro. (**Sen:** antes de, **Sei:** vida)

**SEOI NAGE:** Proyección por el hombro

**SEOI OTOSHI:** Caída de hombro

**SHAI:** Competición

**SHI:** Cuatro

**SHI-DAN:** Cuarto Dan

**SHIAIJO:** Área de competición

**SHICHI:** Siete

**SHICHI-DAN:** Séptimo Dan

**SHIDO:** Sanción leve

**SHIKKO:** Caminar de rodillas

**SHIME-WAZA:** Técnicas de estrangulación

**SHINSEI:** Posiciones

**SHINSEI-TAI:** Postura natural

**SHINSEI-HONTAI:** Postura natural básica

**SHINTAI:** Desplazamientos

**SHINTAI-NO-KATA:** Formas de desplazamientos

**SHOTA- RENSHIU:** Aprendizaje Metódico de las técnicas

**SODE:** Manga

**SODE GURUMA JIME:** Estrangulación en rueda por la manga

**SODE TSURIKOMI GOSHI:** Proyección con agarre de la manga tirando y levantando con la cadera

**SONO-MAMA:** No moverse

**SORE-MATE:** Se acabó el combate

**SOTO:** Movimiento por fuera

**SOTO MAKIKOMI:** Proyección de enrollamiento por el exterior

**SUKUI NAGE:** Proyección en forma de cuchara

**SUMI GAESHI:** Proyección por la esquina

**SUMI-KIRI:** Claridad mental y física

**SUMI OTOSHI:** Caída en el ángulo

**SURI-ASHI:** Pies deslizantes

**SUTEMI:** Sacrificio. Abandono del cuerpo

**SUTEMI-WAZA:** Técnicas de sacrificio.

## T

**TACHI-WAZA:** Técnicas de pie

**TAI:** Cuerpo

**TAI-OTOSHI:** Caída del cuerpo

**TAI-SABAKI:** Giro defensivo del cuerpo

**TANDOKU-RENSHIU:** Entrenamiento en solitario

**TANI OTOSHI:** Caída en el valle

**TATAMI:** Superficie de entrenamiento en la práctica del Judo, cuadrangular de unos 8-10 metros de ancho y de largo

**TATE SHIHO GATAME:** Control sobre cuatro puntos de apoyo a horcajadas

**TAWARA GAESHI:** Proyección en saco de arroz

**TE:** Mano

**TE-WAZA:** Técnicas de mano

**TOKETA:** Inmovilización anulada

**TOKUI:** Especialidad

**TOMOE NAGE:** Proyección en círculo

**TORI:** El que ataca o proyecta

**TSUBAME GAESHI:** Contra de la golondrina

**TSUGI-ASHI:** Desplazamiento de pies sin sobrepasar el uno del otro

**TSUKKOMI JIME:** Estrangulación empujando

**TSUKURI:** Preparación para ejecutar una técnica

**TSURI GOSHI:** Proyección por elevación de cadera

**TSURIKOMI GOSHI:** Proyección tirando y levantando con la cadera

## U

**UCHI:** Por dentro. Interior

**UCHIKOMI:** Repeticiones sin derribo, entrando y levantando

**UCHI MAKIKOMI:** Proyección de enrollamiento por la parte interior

**UCHI MATA:** Barrido al interior del muslo

**UCHI MATA GAESHI:** Contra del barrido al interior del muslo

**UCHI MATA MAKIKOMI:** Proyección de enrollamiento por la parte interior del muslo

**UCHI MATA SUKASHI:** Proyección por deslizamiento al barrer el interior del muslo

**UDE:** Brazo

**UDE GARAMI:** Luxación sobre el brazo flexionado

**UDE HISHIGI JUJI GATAME:** Luxación del brazo en cruz

**UDE HISHIGI UDE GATAME:** Luxación del brazo estirado con los brazos

**UDE HISHIGI HIZA GATAME:** Luxación con la rodilla

**UDE HISHIGI WAKI GATAME:** Luxación con la axila

**UDE HISHIGI HARA GATAME:** Luxación con el estomago

**UDE HISHIGI ASHI GATAME:** Luxación con la pierna

**UDE HISHIGI TE GATAME:** Luxación con la mano

**UDE HISHIGI SANKAKU GATAME:** Luxación del brazo con las piernas en triángulo

**UKE:** El que recibe la acción o es proyectado

**UKI GATAME:** Control flotante

**UKI GOSHI:** Cadera flotante

**UKI OTOSHI:** Caída flotante

**UKI-WAZA:** Proyección flotante

**UKEMI:** Caída controlada

**UKEMI-NO-KATA:** Formas de caídas

**URA:** por detrás

**URA NAGE:** Proyección hacia atrás

**USHIRO:** Detrás

**UTSURI GOSHI:** Cambio de cadera

**USHIRO GOSHI:** Proyección de cadera hacia atrás

**USHIRO KESA GATAME:** Control laterocostal en bufanda invertido

**USHIRO-UKEMI:** Caída hacia atrás

## W

**WAZA:** Técnica

**WAZA-ARI:** Ventaja técnica grande (7 puntos)

**WAKI:** Axila

**WAKI GATAME:** Llave de axila

## Y

**YAKU-SOKU-GEIKO:** estudio de las técnicas con compañero y en movimiento

**YAMA ARASHI:** Tempestad en la montaña

**YAME:** Detener una acción

**YOKO:** Lateral

**YOKO GAKE:** Caída lateral del cuerpo

**YOKO GURUMA:** Rueda por el lateral

**YOKO SHIHO GATAME:** Control lateral sobre cuatro puntos de apoyo

**YOKO-UKEMI:** Caída lateral

**YOKO WAKARE:** Separación lateral

**YOSHI:** Contíue!

**YUBI:** Dedos

**YUKO:** ventaja técnica mediana, superior a KOKA

**YUSEI-GACHI:** ganador por superioridad

## Z

**ZA:** Sentado

**ZA-REI:** Saludo sentado de rodillas. Es el saludo más ceremonioso

**ZA-ZEN:** Meditar sentado

**ZEMPO-KAITEN-UKEMI:** Caída hacia delante rodando

**ZEN:** Meditación



## **ANEXO II- CUESTIONARIO RASGOS DE COMPORTAMIENTO**

(Entresacado de uno de los pocos tratados de Orientación escritos en España, donde se presenta material elaborado por Iturbe, T. y Del Carmen, I. -registros acumulativos, escalas de observación, cuestionarios-).

**Nombre y apellidos del yudoca.....**

A continuación encontraréis una serie de rasgos de comportamiento personal y social. Debéis subrayar aquellos que estéis más de acuerdo con la forma de manifestarse de vuestro hijo.

### **1.- Contacto Inicial:**

- Desconfiado y temeroso
- Desenvuelto
- Se manifiesta tal como es
- Tímido e inhibido
- Hace muy buenos contactos pero no sabe mantenerlos

### **2.- Cordialidad:**

- Afectuoso
- Frío
- Acogedor
- Lejano y ausente
- Cordial.

### **3.- Sinceridad:**

- Miente frecuentemente para disculparse
- Normalmente veraz
- No miente nunca
- Miente con frecuencia debido a su imaginación
- Dice siempre lo que piensa, sin medir las consecuencias.

#### **4.- Tolerancia:**

- No admite ninguna contrariedad
- Exigente con las personas y las cosas
- Acepta las contrariedades, aunque le cueste
- Intenta superar las dificultades
- No da importancia a los contratiempos.

#### **5.- Colaboración:**

- Colabora sólo obligado
- Siempre dispuesto a colaborar
- Estropea las tareas comunes
- Nunca coopera
- Colabora si se le pide.

#### **6.- Papel en el grupo (familiar):**

- Es un miembro activo en el grupo
- Normalmente no es aceptado
- No se integra o se aísla
- Pasa desapercibido
- Tiene ascendencia entre los demás.

#### **7.- Aceptación de la autoridad:**

- Le cuesta obedecer, pero lo hace
- Exige unas razones para obedecer y las acepta si son justas
- Obedece siempre sin resistencia
- Se somete sólo a determinadas personas en circunstancias especiales.  
Rechaza sistemáticamente la autoridad.

## **8.- Dominancia – Sumisión (en la relación con sus amigos y hermanos):**

- Siempre se somete a los demás
- Acepta las iniciativas y a su vez propone otras
- Impone a los demás sus deseos y opiniones
- Desea que se tengan en cuenta sus opiniones, pero no trata de imponerlas. Tiende más a someterse que a dominar.

## **9.- Espíritu Crítico:**

- Sabe enjuiciar las personas y las cosas
- Nunca está de acuerdo, su crítica es negativa
- Muy crítico con el mundo de los adultos, pero no con sus iguales
- Todo le parece bien, no tiene juicios personales sobre las cosas
- Tiene capacidad crítica, pero no se atreve a manifestarla.

## **10.- Apariencia Externa:**

- Cuidadoso de sí y de sus cosas
- Descuidado en su aspecto
- Se preocupa de su aspecto externo sólo si lo obligan
- Le gusta arreglarse, pero le cuesta mantenerse arreglado
- Extremadamente cuidado.

## **11.- Alegría:**

- Fluctúa de la alegría a la tristeza
- Animado
- Triste
- Alegre
- Bullicioso.

## **12.- Expresividad:**

- Siempre abierto y comunicativo
- Nunca se sabe lo que piensa o siente
- Muy locuaz y expresivo
- Es reservado, pero capaz de expresar sus sentimientos
- Es comunicativo sólo cuando está en un ambiente conocido.

## **13.- Seguridad:**

- Siempre duda de sus posibilidades
- Reconoce sus defectos y sus valores
- Se valora en exceso
- Se siente incapaz de afrontar solo cualquier dificultad
- Seguro de sus realizaciones.

## **14.- Emotividad:**

- Todo repercute en él, pero de forma pasajera
- Sereno y calmo siempre
- Sus sentimientos son duraderos y profundos
- Se emociona fuertemente sólo en contadas ocasiones
- Reacciona ante los acontecimientos con una emotividad desproporcionada.

## **15.- Amplitud de los intereses:**

- Se interesa fácilmente por todo, pero de forma poco duradera
- Todo le interesa
- Difícilmente le interesan las cosas
- Nada le interesa
- Tiene intereses muy definidos y limitados.

## **16.- Imaginación:**

- Idealismo
- Adorna la realidad con su fantasía
- Ve sólo la parte negativa de la realidad
- Se evade ( vive en un mundo fantástico)
- Espíritu creativo: originalidad en sus realizaciones
- Se atiene a la realidad sin intentar transformarla.

## **17.- Reacción ante las dificultades:**

- Lucha por superar las dificultades
- Huye de ellas
- Se rebela contra las dificultades
- Se crece ante ellas
- Las dificultades lo desaniman.

## **18.- Responsabilidad:**

- Siempre responsable
- Responde sólo de lo que le afecta muy directamente
- Se agobia por todo
- Preocupado por las cosas, pero incapaz de llevarlas a su término.

### **Preferencias:**

**Grupo musical favorito: .....**

**Club deportivo de fútbol favorito.....**

**¿Le gusta el Cine?:..... su actor favorito: .....**

**¿Le gustan los coches?: .....su ídolo.....**

**¿Le gustan las motos?: su ídolo .....**

**¿Le gusta de jardinería?: ..... ¿Le gusta la cocina?: .....**

**¿Le gusta la pintura?: ..... ¿Le gusta el teatro?: .....**

**¿Le gusta la televisión?: ..... ¿Le gusta la informática?: .....**

**¿Le gusta leer: qué tipo de lectura?:.....**

**¿Le gustan los videojuegos?: .....**



## ANEXO III - CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

(para alumnos con una intensidad de apoyos intermitente o limitada)

### Datos de la evaluación:

Lugar y fecha.....

Nombre del evaluador.....

Formación del evaluador.....

### Datos del alumno

Nombre y apellidos.....

Edad.....

Sexo.....

.....

Nivel de DI.....Diagnóstico.....

A continuación se presentará una serie de cuestiones a los alumnos para que respondan libremente (modelo biográfico-narrativo)

**¿Te llevas bien con tus padres? ¿Ha mejorado esta relación en los últimos tres años?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la relación con los demás*)

**¿Te llevas bien con tus hermanos? ¿Ha mejorado esta relación en los últimos tres años?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la relación con los demás*)

**¿Te llevas bien con tus amigos? ¿Ha mejorado esta relación en los últimos tres años?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la relación con los demás*)

**¿Crees que el Judo ha contribuido en esta mejora?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Eres feliz? ¿Por qué?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**Qué significa para ti ser feliz** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Puedes contar un momento de felicidad que hayas vivido hace poco?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Se repiten a menudo los momentos de felicidad en tu vida?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿En General tu salud ha mejorado en estos últimos tres años?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿Tomas medicamentos a diario? ¿Para qué?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿Has dejado de tomar algún medicamento en estos últimos tres años? ¿Para qué era este medicamento?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿La educación en Judo que has recibido, te ayuda a sentirte mejor persona?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Ayudas a los que consideras más débiles que tú?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Tomas decisiones importantes en relación con tu vida? ¿De qué tipo?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Siempre dices la verdad?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Antes de hacer Judo Mental, solías mentir?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Te llevas bien con la mayor parte de personas que conoces?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la relación con los demás*)

**¿Los demás respetan tus derechos? ¿Hay alguien que no lo hace? ¿Quién? ¿Por qué?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la relación con los demás*)

**¿Siempre te comportas correctamente?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Te sientes importante?** (*Dimensión Social. Objetivo: Aumentar el nivel de autoestima*)

**¿La salud es importante para ti? ¿Intentas llevar una vida sana?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)



**¿Qué haces para mantenerte sano y en forma? ¿Desde cuándo lo haces?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿Eres un buen perdedor?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Mantienes buenas relaciones con tus abuelos, tíos y primos?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*)

**¿Han mejorado últimamente estas relaciones?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*)

**¿Te sientes un cero a la izquierda?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Siempre estas dispuesto a admitir un error cuando lo has cometido?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Eres una persona más independiente que antes? ¿Qué te ha ayudado a ser así?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*)

**¿Nunca he dicho nada malintencionado acerca de alguien?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Tus amigos ahora te ayudarían si lo necesitaras? ¿Cuántas personas estarían dispuestas a ayudarte?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*)

**¿Los demás te respetan más que antes? ¿Por qué?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿En general tu vida ha mejorado? ¿En qué aspectos?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Eres bueno en Judo? ¿Crees que ante una situación difícil, te sabrías defender? Pon un ejemplo.** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿Eres una persona autónoma? Más o menos que antes** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*)

**¿Tienes demasiadas preocupaciones que hagan difícil tu vida? ¿Sabes tratar los problemas con tranquilidad?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: Disminuir la ansiedad*)

**¿Nunca tomas decisiones, otros deciden por ti?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

**¿Has sido maleducado alguna vez con tus padres?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Eres maleducado con tus padres?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Te gusta tu cuerpo? ¿Es mejor ahora que antes? ¿A qué crees tú que es debido?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Tus padres controlan tu vida?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*)

**¿Pides disculpas cuando dices o haces algo mal?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Las relaciones con tu familia son difíciles?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*)

**¿Participas en bastantes actividades en el colegio y fuera de él (equipos deportivos, asociaciones culturales, etcétera.)?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar la participación en actividades colectivas*)

**¿En general estás contento con tu vida? ¿Ha mejorado en los últimos tres años? ¿En qué aspectos ha mejorado?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Tu estado de salud es bueno?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*)

**¿En general te divierte molestar a los demás?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Tienes un buen número de amigos? ¿Cuántos amigos con los que hablas de Judo tienes ahora y que no tenías antes?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*)

**¿Te sientes bien contigo mismo? ¿Por qué?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Intentas aprender diariamente sobre ti mismo?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*)

**¿Siempre respetas los derechos de los demás?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*)

**¿Te lavas todos los días la cara al levantarte?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*)

**¿Al Dojo entras con los pies limpios?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*)

**¿Pides a tu madre, padre o hermanos que te laven el judogui cuando le ves sucio?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*)

(para alumnos con una intensidad de apoyos limitada o extensa)

### **Datos de la evaluación:**

Lugar y fecha.....

Nombre del evaluador.....

Formación del evaluador.....

### **Datos del alumno**

Nombre y apellidos.....

Edad.....

Sexo.....

.....

Nivel de DI.....Diagnóstico.....

**A continuación se presentará una serie de cuestiones a los alumnos para que respondan libremente (modelo biográfico-narrativo)**

**Dime cómo eres tú: ¿juguetón?, ¿goloso?, ¿inquieto?, ¿tranquilo?, ¿alegre?, ¿no tienes mal humor?, ¿eres simpático?, ¿inteligente?, ¿bueno?, ¿valiente?, ¿estás orgulloso de ti?, ¿eres solidario?, ¿eres feo?, ¿eres guapo?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Para qué eres bueno?: ¿eres bueno para el fútbol?, ¿eres bueno para el baloncesto?, ¿eres bueno para el Judo?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Qué te gustaría ser?: ¿más alto?, ¿más guapo?, ¿más inteligente?, ¿más delgado?, ¿jardinero?, ¿carpintero?, ¿profesor de Judo?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Cómo son tus relaciones con tus compañeros?: ¿han mejorado desde que practicas Judo?** *(Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás).*

**¿Cómo son tus relaciones con tus padres y hermanos?: ¿han mejorado desde que practicas Judo?** *(Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás).*

**¿Piensas que tu Judo es peor que el que realiza otro compañero?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Necesitas hablar en voz alta para que los demás te entiendan?** *(Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta)*

**¿Sueles tener depresiones ahora?. ¿Hace tres años tenías alguna depresión?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional)*

**¿Mientes?: ¿más o menos que antes de practicar Judo?** *(Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta).*

**¿Te comportas de manera natural? ¿Te crees mejor persona que otro yudoca?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Sueles amenazar a alguien? ¿Lo hacías antes de practicar Judo?** *(Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta).*

**¿Crees que eres capaz de defenderte con el Judo ante el ataque de una persona?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima).*

**¿Te cuidas el cuerpo más que antes?. ¿Crees que tu cuerpo es lo más importante para ti?** *(Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene).*

**¿Piensas las cosas mucho más que antes? ¿Eres más tranquilo?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional).*

**¿Tu relación con los amigos, padres y tutores es más comunicativa que antes? ¿Hablas más con ellos?** *(Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás).*

- **¿Te lavas el cuerpo más que antes? ¿Por qué?** *(Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene).*

- **¿Te encuentras mejor de salud que antes? ¿Por qué?** *(Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico).*

- **¿Te sientes más seguro que antes? ¿Por qué?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional).*

- **¿Te gusta cooperar con los demás? ¿Antes de practicar Judo lo hacías? ¿Más o menos?** *(Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás).*

**¿Haces cosas que no te gusta que hagan a ti? ¿Esto antes era de la misma forma?** *(Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta)*

- **¿Eres más responsable que antes?** *(Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional).*

- **¿Sabes cuando haces un bien a un amigo y cuando haces mal? ¿Sueles hacer cosas que molestan a tus amigos? ¿Y antes?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*).
- **Cuando quieres sacar dinero de un cajero y no te devuelve las tarjeta, ¿qué haces?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*).
- **Te sientes más agradable que antes con tus amigos, tus padres o tus tutores? ¿Sientes que ahora te quieren más o menos?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*).
- **Tienes más amigos que antes? ¿Cuántos amigos tienen discapacidad y cuantos no? ¿Expresas tus sentimientos más que antes? ¿Dices lo que te ocurre? ¿Dices lo que piensas?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*).
- **Si haces llorar a un amigo o a tu novia, ¿le pides perdón enseguida? ¿Antes lo hacías igual?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).
- **Cuando una persona que ha llegado nueva a Judo y te pide que le enseñes una llave, ¿lo haces?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*).
- **¿Eres feliz practicando Judo? ¿Por qué?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).
- **¿Te propones alguna meta en Judo? ¿Quieres ser cinturón negro de Judo? ¿Quieres ser profesor de Judo?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*).
- **¿Te gusta ayudar a tus compañeros cuando estás en Judo?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).
- **¿Llegas a los sitios a la hora que te indican tus tutores o amigos? ¿Antes llegabas a la hora siempre?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*).
- **¿Tienes miedo a algo? ¿Tienes miedo a alguien?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).
- **¿Sueles reñir? ¿Por qué?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*).
- **¿Sueles insultar a tus amigos? ¿Por qué?** (*Dimensión Social. Objetivo: disminuir los problemas de conducta*).
- **Cuando pierdes a un juego, ¿te enfadas?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).

- **¿Sueles compartir con los demás, cosas que a ti no te sirven ya? Dime cuales.** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)
- **¿Tomas medicamentos? ¿Más o menos que hace tres años?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*).
- **Crees que ahora, tus compañeros te respetan más que antes? ¿Por qué?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*).
- **Crees que ahora eres más independiente que antes? ¿Haces cosas tú solo que antes no hacías? Cuáles.** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: adquirir independencia*)-
- **Cuando ves tu judogüi sucio, ¿Qué haces?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*).
- **¿Te lavas la cara todos los días?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*).
- **¿Te lavas los pies todos los días?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar los hábitos de higiene*).
- **¿Te gusta que te respeten? ¿Respetas tú a los demás?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*).
- **¿Intentas llevar una vida sana? ¿Qué haces para ello? ¿Practicas algún deporte? ¿Cuántos días a la semana?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*).
- **¿Se sientes que eres un inútil? ¿Crees que eres mejor que antes?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: aumentar el nivel de autoestima*).
- **¿El Judo, para tí es importante? ¿Por qué?** (*Dimensión Física. Objetivo: mejorar el estado físico*).
- **Si tus amigos te necesitan para algo, ¿les ayudas?** (*Dimensión Social. Objetivo: mejorar las relaciones con los demás*).
- **¿Eres más nervioso o más tranquilo que antes de practicar Judo?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)
- **¿En general estás contento con tu vida ahora? ¿Ha mejorado? ¿En qué aspectos?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)
- **En estos momentos de tu vida, ¿eres feliz o siempre estás triste? ¿Por qué?** (*Dimensión Psicológica. Objetivo: mejorar el estado emocional*)

## ANEXO IV – INVENTARIO DE AUTOESTIMA

### Datos de la evaluación:

Lugar y fecha.....

Nombre del evaluador.....

Formación del evaluador.....

### Datos del alumno

Nombre y apellidos.....

Edad.....

Sexo.....

.....

Nivel de DI.....Diagnóstico.....

**1. Paso mucho tiempo pensando en cosas que puedo hacer más tarde.**

SI

NO

**2. Estoy seguro de mí mismo. Confío en lo que soy capaz de hacer.**

SI

NO

**3. Deseo a menudo ser otra persona.**

SI

NO

**4. Soy simpático.**

SI

NO

**5. Mis padres, mis hermanos y yo nos divertimos mucho juntos.**

SI

NO

**6. Nunca me preocupo por nada, todo me da igual.**

No me preocupo

Si me preocupo

**7. Me da vergüenza hablar en clase, delante de los demás compañeros.**

SI

NO

**8. Desearía ser más joven.**

SI

NO

**9. Hay muchas cosas de mí mismo que me gustaría cambiar, si pudiera.**

SI

NO

**10. Puedo tomar decisiones, fácilmente.**

SI

NO

**11. Mis amigos se divierten mucho cuando están conmigo.**

SI

NO

**12. No me gusta estar en casa con mi familia.**

No me gusta

Si me gusta

**13. Siempre hago lo correcto.**

SI

NO



**14. Me siento orgulloso de mi trabajo.**

SI

NO

**15. Siempre tengo que tener a alguien cerca de mí, para que me diga lo que tengo que hacer.**

SI

NO

**16. No me gustan las cosas nuevas, prefiero hacer lo que hago todos los días.**

No me gustan las cosas nuevas

Sí, me gustan las cosas nuevas

**17. A menudo, me arrepiento de las cosas que hago, creo que todo lo hago mal.**

SI

NO

**18. Soy popular entre mis compañeros. Todos me quieren.**

SI

NO

**19. A menudo, mis padres tienen en cuenta mis sentimientos y me respetan.**

SI

NO

**20. Nunca estoy triste.**

No estoy triste

A veces, estoy triste

**21. Cuando trabajo, lo hago lo mejor que puedo**

SI

NO

**22. Me rindo, me doy por vencido fácilmente ante las dificultades.**

SI

NO

**23. Casi siempre puedo cuidarme solo, no necesito a nadie.**

No necesito a nadie

Sí, necesito a alguien

**24. Me siento feliz.**

SI

NO

**25. Prefiero jugar con personas más jóvenes que yo.**

SI

NO

**26. Mis padres esperan que yo haga las cosas mejor de lo que las hago.**

SI

NO

**27. Me gusta caer bien a las personas que conozco. Me gusta ser simpático.**

SI

NO

**28. Me gusta que los profesores me pregunten.**

SI

NO

**29. Me entiendo a mí mismo. Sé cómo soy yo.**

SI

NO

**30. Me cuesta comportarme como soy.**

SI

NO

**31. Las cosas en mi vida están muy complicadas, a menudo no sé qué hacer.**

No sé qué hacer

Si sé qué hacer

**32. Las demás personas, casi siempre siguen mis consejos.**

SI

NO

**33. Nadie me presta mucha atención en casa.**

No me prestan atención

Si me prestan atención

**34. Nunca me regañan en casa.**

No me regañan

A veces, si me regañan

**35. No estoy progresando en el trabajo como me gustaría.**

No progreso

Si progreso

**36. Puedo tomar mis propias decisiones y cumplirlas.**

SI

NO

**37. Realmente, no me gusta ser como soy.**

No me gusta

Si me gusta

**38. Tengo una mala opinión de mi mismo. Creo que hago las cosas mal.**

Sí, lo hago todo mal

No lo hago todo mal

**39. No me gusta estar con otras personas, prefiero estar sólo.**

Sí, prefiero estar solo

No prefiero estar solo

**40. Muchas veces me gustaría irme de casa.**

SI

NO

**41. Nunca soy tímido.**

No soy tímido

A veces, si soy tímido

**42. No me gusta ir al trabajo todos los días.**

No me gusta ir al trabajo

Sí, me gusta ir al trabajo

**43. Me avergüenzo de ser como soy.**

SI

NO

**44. No soy tan guapo como otras personas.**

No soy guapo

Sí, soy guapo

**45. Si tengo algo que decir, siempre lo digo.**

SI

NO

**46. A los demás les da igual estar conmigo.**

SI

NO

**47. Mis padres me entienden.**

SI

NO

**48. Siempre digo la verdad.**

SI

NO

**49. Mis profesores me hacen sentir que no soy una gran persona.**

SI

NO

**50. No me importa lo que puede pasar a mi alrededor.**

No me importa

Si me importa

**51. Soy un fracaso en todo lo que hago.**

Sí, soy un fracaso

No soy un fracaso

**52. Me sienta mal que me regañen.**

Sí, me sienta mal

No me sienta mal

**53. Creo que las demás personas son mejores que yo.**

Sí, los demás son mejores que yo

NO

**54. Creo que mis padres quieren que sea mejor persona de lo que soy.**

SI

NO

**55. Siempre sé qué decir a las personas cuando hablo con ellas.**

SI

NO

**56. Frecuentemente me siento desilusionado. No tengo ganas de trabajar.**

No tengo ganas de trabajar

Sí, tengo ganas de trabajar

**57. A menudo las cosas ni me importan ni me interesan.**

No me importan

Si, me importan

**58. No soy una persona en la que los demás puedan confiar.**

No se puede confiar en mí

Si, se puede confiar en mí

**PAUTA DE CORRECCIÓN**

- 1.- Si (General)
- 2.- Si (General)
- 3.- No (General)
- 4.- Si (Social)
- 5.- Si (Familiar)
- 6.- No (Mentira)
- 7.- No (Laboral)
- 8.- No (General)
- 9.- No (General)
- 10.- Si (General)
- 11.- Si (Social)
- 12.- Si (Familiar)
- 13.- Si (Mentira)
- 14.- Si (Laboral)
- 15.- No (General)
- 16.- Si (General)
- 17.- No (General)
- 18.- Si (Social)
- 19.- Si (Familiar)
- 20.- No (Mentira)
- 21.- Si (Laboral)
- 22.- No (General)
- 23.- No (General)
- 24.- Si (General)
- 25.- No (Social)
- 26.- No (Familiar)
- 27.- No (Mentira)
- 28.- Sí (Laboral)
- 29.- Si (General)
- 30.- No (General)
- 31.- Si (General)
- 32.- Sí (Social)
- 33.- Si (Familiar)
- 34.- No (Mentira)
- 35.- Sí (Laboral)

- 36.- Si (General)
- 37.- Sí (General)
- 38.- No (General)
- 39.- No (Social)
- 40.- No (Familiar)
- 41.- No (Mentira)
- 42.- Si (Laboral)
- 43.- No (General)
- 44.- Sí (General)
- 45.- Si (General)
- 46.- No (Social)
- 47.- Si (Familiar)
- 48.- Si (Mentira)
- 49.- No (Laboral)
- 50.- Sí (General)
- 51.- No (General)
- 52.- No (General)
- 53.- No (Social)
- 54.- No (Familiar)
- 55.- Si (Mentira)
- 56.- Sí (Laboral)
- 57.- Sí (General)
- 58.- Si (General)

FACTORES DE AUTOESTIMA	Bajo (menor a)	Normal (entre)	Alto (mayor a)
GENERAL	<b>16</b>	<b>16-20</b>	<b>20</b>
SOCIAL	<b>5</b>	<b>5-7</b>	<b>7</b>
FAMILIAR	<b>4</b>	<b>4-5</b>	<b>5</b>
LABORAL	<b>4</b>	<b>4-5</b>	<b>5</b>
ESCALA DE MENTIRA	Más de <b>4</b> respuestas correctas, no es fiable la encuesta		
AUTOESTIMA TOTAL	<b>29 (58%)</b>	<b>29-37 (58-74%)</b>	<b>37 (74%)</b>

El porcentaje se evalúa multiplicando por dos el número de aciertos totales de cada apartado.

Burgos, junio 2009