

**UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ FACULTAD DE
MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA
OCUPACIONAL**



**PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL PARA EVALUAR LA VARIACIÓN
DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.**

AUTORA: HERRERA DÍEZ, M^aÁNGELES

Nº Expediente: 422

TUTOR: SÁNCHEZ MONTERO, SILVIA.

Departamento de Patología y cirugía. Área de Radiología y Medicina física.

Curso académico 2015-2016.

Convocatoria de Septiembre.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	9
ABORDAJE	10
DESTINATARIOS	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	10
EVALUACIÓN INICIAL	11
PROBLEMAS Y NECESIDADES.....	13
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	14
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	14
MÓDELOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS	15
PLAN DE INTERVENCIÓN	16
REEVALUACIÓN	18
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	20
ANEXOS	21
ANEXO 1: Resultados evaluación inicial.....	21
ANEXO 2: Lista de actividades	22
ANEXO 3: Tabla comparativa reevaluación.....	23
ANEXO 4: Cuestionario	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMEN

Actualmente el índice de calidad de vida, (a partir de ahora cv) es un identificador de bienestar y satisfacción de todas las personas en general. Por ello, al evaluar la cv y estudiar diversas actividades de un grupo de personas podemos intuir que dichas actividades pueden modificar de forma notoria tanto de forma positiva como negativa dicho índice.

En el trabajo que se redacta a continuación, se pretende como objetivo evaluar a través de un programa de intervención si las actividades físicas, deportivas, y de ocio mejoran la cv y la condición física de personas con discapacidad intelectual (en adelante D.I.) que acuden diariamente al Centro de día Jubalcoy. El programa se llevó a cabo a través de la ejecución de diversas actividades relacionadas con el ejercicio físico y el ocio. Tras haber superado el programa se realiza una reevaluación y se administra un cuestionario con el fin de valorar y corroborar si se han logrado los objetivos establecidos. Los resultados obtenidos por el programa fueron esperanzadores, de modo que, todos los usuarios mejoraron su calidad de vida y su condición física, aunque no alcanzaron los niveles esperados. Debido a la corta duración del programa.

Como conclusión, aporto que el ejercicio y las actividades deportivas y de ocio han demostrado tener efectos positivos sobre la cv, equilibrio, marcha y socialización de personas con D.I.

Palabras clave: Calidad de vida, discapacidad intelectual, deporte y bienestar.

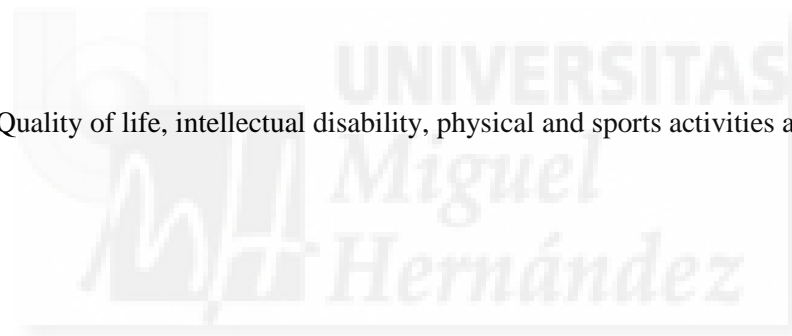
ABSTRACT

Nowadays the quality index of life, (from now cv) is an identifier of well-being and satisfaction of all the persons in general. For it, on having evaluated the cv and having studied diverse activities of a group of persons we can feel that the above mentioned activities can modify of well-known form so much positively as denial the above mentioned index.

In the work that is written later it is tried as aim to evaluate across a program of intervention if the physical, sports activities, and of leisure they improve the cv and the persons' physical condition with intellectual Disability (in forward D.I.) that come every day to the Center by day Jubalcoy. The program was carried out across the execution of diverse activities related to the physical exercise and the leisure. After overcome credit the program realizes a reappraisal and one administers a questionnaire in order to value and to corroborate if the established aims have been achieved. The results obtained by the program were encouraging, so that all the users improved his quality of life and his physical condition, though they did not reach the awaited levels. Due to the short duration of the program.

As conclusion, it contributed that the exercise and the sports activities and of leisure they have demonstrated to have positive effects on the cv, balance, march and persons' socialization with D.I.

Key words: Quality of life, intellectual disability, physical and sports activities and well-being.



INTRODUCCIÓN

Según García (2005) el término cv nos viene sirviendo desde el S.XX para evaluar la calidad de los servicios prestados por algún negocio, recurso o servicio específico. Esta idea, es un elemento a tener en cuenta en las entidades que ofrecen servicios a personas con D.I. y sus familias. Pues, en muchas ocasiones, no están habituadas a manifestar su opinión, sus quejas o valoraciones a las entidades que les ofrecen estos servicios.¹

Por ende estudiar la cv nos resulta útil para evaluar la calidad de los servicios recibidos, y que si éstos no son los apropiados, se propongan medidas y marcos que velen por el bienestar y la comodidad de estas personas.

Recientemente, es menester establecer una aceptable cv de los colectivos más desfavorables que acuden a diferentes tipos de recursos como se avanzará más adelante. Recientemente se han desarrollado múltiples modelos o marcos que salvaguarden la consecución de la cv y el bienestar de dichas personas, ya bien sea en centros ocupacionales (En adelante CO), residencias o en los propios hogares.

Como ya hemos anticipado en el anterior párrafo, la mejora de la cv de las personas con discapacidad es hoy un objetivo primordial de multitud de profesiones multidisciplinares, como puede ser la Terapia Ocupacional, (A partir de ahora T.O.), y de cualquier intervención dirigida a este colectivo.

Según la T.O. es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de esta profesión es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria.²

Además, se añade que es de vital importancia que la persona alcance un nivel de vida y autonomía óptimo de acuerdo a sus capacidades. Dando por hecho así, que logre el bienestar y la felicidad.

Para describir la función del Terapeuta ocupacional (TO) en un CO, primero debemos conocer a que nos referimos cuando se habla de CO. Éste se define como un centro alternativo que proporciona una actividad útil. Y que tiene como finalidad la normalización e integración socio-laboral de personas con discapacidad, mediante programas formativos, de habilitación ocupacional, de ajuste personal y social. Pretenden buscar el desarrollo de la autonomía personal y la adaptación social de las personas usuarias del mismo.³

Se trata, en resumen, de un lugar dónde se ayuda a las personas con discapacidad, a potenciar sus habilidades y capacidades, para que puedan desarrollarse como personas. Todo ello organizado de forma terapéutica.

Ahora bien, podemos indicar cuáles son las funciones del TO en un CO. Me centraré en las que tengan que ver con la promoción de la salud, cv y bienestar. En primer lugar, trabajar para mejorar la cv a través de una mayor participación en ocupaciones significativas y gratificantes. Potenciar la máxima integración social y en la comunidad. Adaptar el ambiente y entorno para satisfacer las necesidades ocupacionales de cada persona con discapacidad. Elaborar objetivos terapéuticos en función de las necesidades de cada usuario. Trabajar la movilidad y rendimiento físico mediante actividades deportivas o físicas.²

Éstas son entre otras las funciones que desempeña esta figura en un CO, los usuarios a los que se dirigen este tipo de centros son específicamente personas con discapacidad, que puede ser física, cognitiva, sensorial o intelectual. En este caso nos vamos a centrar en la última, nuestro programa de intervención se llevara a cabo con D.I.

Según la Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD) recoge la siguiente definición: “La D.I. se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.”⁴

El propósito de este programa es evaluar los índices de cv de los usuarios y valorar si tras realizar un programa de actividades físico-deportivas y de ocio, los resultados han mejorado.

El lugar donde se llevó a cabo el programa es el centro de día y residencia Jubalcoy. Aunque la intervención se focalizó en el centro de día, describo brevemente ambos. El centro de día es un espacio dedicado a la promoción de la autonomía personal, destinado a la organización de servicios específicos de apoyo preventivo a personas con discapacidad. Y la residencia se define como el lugar que se encarga de procurar atención al usuario en cuanto al alojamiento, manutención y asistencia básica. Ambos lugares pertenecen a la red de centros del IVAS.⁵

Es preciso tener en cuenta que la cv, término que se define en el siguiente párrafo, es uno de los aspectos que más ha de potenciarse desde cualquier servicio dedicado a la atención de personas con D.I.⁶

Según la OMS, la cv es: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.⁷

Con referencia a lo descrito en el párrafo anterior, lo extrapolo al ámbito de la discapacidad. Para contribuir al aumento de cv de dichas personas, hay que entender como saludable y deseable para éstas, aquello que en general, consideramos deseable y saludable para cualquier otro tipo de persona. También hay que contar con el entorno óptimo para conseguir progresos en dicha variable: un entorno respetuoso que permita compartir lugares ordinarios dentro de la comunidad, tomar decisiones y tener experiencias significativas⁸.

JUSTIFICACIÓN

En referencia a lo mencionado anteriormente, con este TFG se ha pretendido recabar información acerca de la incidencia de un factor como es la cv en usuarios de un CO con D.I. mediante la consecución práctica de actividades ocupacionales significativas físico-deportivas y de ocio.

Sin embargo tras recabar información, en la mayoría de centros específicos para la discapacidad, el deporte, el ocio y tiempo libre no está del todo presente. En algunos centros no se realizan actividades de ocio y extraescolares, y sí se realizan, son escasas por diversos motivos. De igual manera ocurre con las actividades deportivas o de movilidad funcional.

Por lo general, la mayoría de personas con discapacidad presentan un cuadro de inactividad física y sedentarismo que les proporciona, en ocasiones, problemas de movilidad y de aumento de peso. Estos inconvenientes podrían desembocar en una disminución de la cv y nivel de bienestar percibido por el usuario.

Por todo lo descrito anteriormente, he pretendido desencadenar una iniciativa a favor de la incorporación o la ampliación de talleres que aboguen por las actividades físicas, deportivas y de ocio. De este modo, Rodríguez (1995) entiende la condición física como un estado dinámico que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas a la vez que ayuda a evitar enfermedades hipocinéticas y a experimentar la alegría de vivir.⁹

Por todo lo expuesto, se puede intuir que la condición física puede influir en las habilidades y capacidades de estas personas además de influir de forma notoria y positiva en su cv.

Cabe destacar el papel de la figura del TO en este ámbito, como es el de promocionar la salud y cv, actuando desde la prevención, fomentando la autonomía y la realización de ocupaciones significativas de forma independiente. Además plantean una intervención con objetivos terapéuticos específicos para mejorar la cv y la salud de los usuarios que padecen problemas en la funcionalidad y movilidad.

ABORDAJE

El objetivo general de este TFG es evaluar a través de un programa de intervención si las actividades físicas, deportivas, y de ocio mejoran la cv y la condición física de personas con D.I. que acuden diariamente al Centro de día Jubalcoy.

El presente trabajo que se redacta a continuación consiste en un programa de intervención en personas con D.I. mediante actividades físicas y de ocio. El programa se ha llevado a cabo en el centro de día Jubalcoy de Elche.

DESTINATARIOS

Los destinatarios del programa han sido un grupo de 5 usuarios del centro de día Jubalcoy de ambos sexos, y con edades comprendidas entre los 23 y 50 años. Tienen como diagnóstico principal D.I., dos de los usuarios presentan un **grado de dependencia II**, se refiere a dependencia severa. La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD) dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.

El resto de usuarios presentan un **grado de dependencia I**, se refiere a dependencia moderada. La persona necesita ayuda para realizar las ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron:

- Asistencia al Centro de día Jubalcoy.
- Poseer el consentimiento informado de los familiares para participar en el programa.
- Ser personas que presenten restricciones en las actividades de ocio diarias o de fin de semana.
- No realizar actividades físico-deportivas fuera del centro.
- No tener limitaciones físicas que impidan la realización de los talleres.

Los criterios de exclusión fueron:

- Presentar conductas disruptivas o agresivas que pudiesen alterar el funcionamiento del grupo.

EVALUACIÓN INICIAL

En cuanto a la evaluación, cabe añadir que la TO del centro me aportó las historias clínicas de los usuarios que participaron, además de las evaluaciones estandarizadas, como la *Escala de marcha y equilibrio TINETTI*, y el *Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)*. A las que se añadió las no estandarizadas que se habían realizado los seis meses anteriores al inicio del programa.

En relación a la evaluación inicial, se administró la *Escala GENCAT* para evaluar cómo era la cv de los usuarios al inicio del programa, y posteriormente se volvió a reevaluar y se contrastaron los resultados.

La *Escala GENCAT* está destinada a evaluar la cv de usuarios adultos, personas con discapacidad física, sensorial o intelectual, personas mayores, con problemas de drogodependencias y de salud mental.

Está constituida por ocho dimensiones fundamentales: bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AU), inclusión social (IS) y derechos (DR).

Lo que se pretendía al evaluar estas dimensiones es conocer cómo se siente el usuario con el mismo, como se relaciona con los demás y sus amigos, si tiene dinero o no para comprarse objetos nuevos, si tiene un hogar, las capacidades que tiene para avanzar y aprender cosas nuevas, o conocer si se sienten en forma entre otras.

Los resultados obtenidos son la puntuación estándar (PE) y el percentil. La primera establece la posición relativa de la persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica de 3. Luego también aparece el percentil, lo explico mediante un ejemplo: el percentil 78 indica que la persona tiene una puntuación superior al 78% de las personas y que el restante 22% superan su puntuación. Una vez obtenida la puntuación directa total de las ocho dimensiones, se sumara y el valor resultante se localizará en una tabla que adjunta la escala. Y en la misma fila del valor encontrado en la tabla nos aparece la puntuación estándar normal y el percentil. [Véase resultados evaluación Inicial en anexo 1].

De los resultados obtenidos en la escala se pudo constatar que el nivel de cv en general era demasiado bajo, pues ninguno de los usuarios consiguió tener un percentil superior a 20. Lo que se interpreta como que los usuarios tienen una puntuación peor que el 80% restante de las personas, las cuales le superan en puntuación. Por tanto es un percentil muy bajo y que nos indica un escaso nivel de cv percibido por los usuarios.

En segundo lugar se administró *la escala de marcha y equilibrio TINETTI*. Es una herramienta de observación directa para detectar alteraciones en la marcha o el equilibrio de los adultos. A mayor puntuación obtenida mejor funcionamiento. Siendo las puntuaciones <19 un riesgo alto de caídas, las puntuaciones de 19-24 riesgo de caídas y por último más de 24 puntos no presentan ningún riesgo.

En cuanto a los resultados de la evaluación inicial, podemos observar que 4/5 usuarios presentan riesgo alto de caídas, lo que puede deberse a los patrones alterados de la marcha que se observaron. Aunque también cabe añadir la falta de equilibrio y estabilización que tienen algunos de ellos para iniciar la marcha, incorporarse o levantarse de una silla sin ayuda. [Véase resultados evaluación Inicial en anexo 1].

PROBLEMAS Y NECESIDADES

Los problemas que observé durante la evaluación inicial junto con las anotaciones y observaciones del personal del centro son los expuestos a continuación:

Barreras personales:

- Bajo nivel de cv percibido y bienestar por el usuario.
- Miedo a realizar actividades al aire libre y de deporte.
- Falta de iniciativa para comenzar una nueva actividad.
- Falta de adaptación a cambios novedosos, o actividades nuevas.
- Edad y grado de dependencia, en múltiples ocasiones causan pérdida de motivación por las actividades de ocio y deporte.
- Adquisición de un rol menos activo con actividades sedentarias.
- Fatiga y cansancio por el sobrepeso.
- Baja forma física y problemas asociados como pérdida de equilibrio y marcha alterada.

Barreras familiares:

- Sobreprotección de los familiares hacia el usuario, por miedo a una lesión o que no quieren que practiquen deporte.
- Falta de apoyo de amigos y familiares para la realización de actividades al aire libre, como senderismo.
- Poca iniciativa para colaborar en el ocio del familiar, como salir un sábado a comer, tomar una infusión...
- Rechazo a invertir dinero en el ocio y deporte.
- Limitación de oportunidades y experiencias nuevas.

Barreras sociales:

- Los espacios deportivos para realizar salidas extraescolares, no siempre están adaptados de forma adecuada.

- Escasa movilidad y transporte para acceder a las salidas o lugares de encuentro.
- Actitudes negativas frente a la discapacidad.

Barreras arquitectónicas:

- Ausencia de acceso a las instalaciones deportivas.
- Ausencia de lugares para descansar durante la actividad (bancos, fuentes...).
- Pavimento irregular y que perjudica a los usuarios que tienen alteraciones en la marcha.
- Dificultades para entender el entorno y relacionarse con él. Los SAAC no estaban implantados.

Cabe destacar que en el centro no se encontró ninguna barrera que nos haya impedido realizar las actividades propuestas, pero sí se encontraron al organizar salidas fuera del centro.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los objetivos generales del programa son (1) evaluar la cv de personas con D.I. usuarias del centro de día Jubalcoy, (2) conocer si ha habido evolución en el índice de cv tras haber realizado un programa de actividades físico-deportivas y de ocio. (3) conocer si ha aumentado el rendimiento físico de los usuarios.

Los objetivos específicos planteados para llevar a cabo la intervención son los siguientes:

1. Ser capaz de mantener el equilibrio durante la marcha, sedestación y bipedestación.
2. Ser capaz de caminar con la **técnica adecuada*** durante 500 metros sin descanso.
3. Ser capaz de levantar una pesa de 1 kg 7 repeticiones continuadas.
4. Realizar 5 pases con un balón medicinal de 0.5 kg.
5. Completar el 67 % de los calentamientos del programa. (8/12 calentamientos)
6. Completar el 50 % de los estiramientos del programa. (6/12 estiramientos)

7. Observar si ha mejorado su iniciativa en el inicio del juego.
8. Observar si ha mejorado las habilidades sociales y de comportamiento con el resto de compañeros.

*Caminar manteniendo el tronco erguido, con los hombros relajados y realizando el balanceo de los brazos. Se debe flexionar ligeramente la rodilla al apoyar el talón y respirar conscientemente.

MÓDELOS, TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS

Para llevar a cabo la intervención me he basado en el *Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner*. Se escogió este modelo porque tiene en cuenta a los usuarios durante toda la intervención.

Además, tiene en cuenta al entorno y el ambiente de la persona, y lo utiliza como un proveedor de oportunidades y recursos. Mi programa tuvo lugar la mayor parte del tiempo al aire libre y en zona de exterior.

En relación a las **técnicas** que se utilizaron fueron:

- **Deporte adaptado:** Se llevaron a cabo diferentes tipos de deporte. Más adelante se especifica a qué me refiero con este tipo de actividad.
- **Movilidad funcional adaptada:** Se llevaron a cabo sesiones de paseo y senderismo por los alrededores del centro y una salida al paseo de arenales del sol.
- **Ludoterapia:** Se realizaron diferentes sesiones con juegos de mesa tradicionales como parchís, domino adaptado (colores o animales).
- **Arteterapia.**

PLAN DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención se llevó a cabo durante dos meses, diciembre y enero, el tiempo en el que estuve de prácticas voluntarias en el centro citado. Se realizaron dos sesiones por semana, siendo los martes y jueves, sumando así un total de 12 sesiones, cada sesión tenía una duración de 2 horas. Aunque es un número de sesiones escaso para obtener resultados fiables y esperanzadores. Pero, debido a que era lo que nos permitía el período de prácticas, no tuve más remedio que adaptarme, aunque los resultados no fueron los esperados. El espacio donde tuvieron lugar las sesiones fue las zonas exteriores del centro de día Jubalcoy, las inmediaciones del centro y el paseo de Arenales del sol.

En las 12 sesiones mencionadas en anexos se llevaron a cabo múltiples y variadas actividades.

Las sesiones siempre respetaban la misma estructura:

- ❖ Asamblea: Dónde se explicaba en qué consistía lo que íbamos a hacer en la sesión y se explicaban las reglas del juego o actividad que fuésemos a realizar.
- ❖ Calentamiento básico con estiramientos preparados por la terapeuta. (Siempre se llevaba a cabo aunque tocará arteterapia o juego de mesa).
- ❖ Actividad propuesta para el día. *[Véase lista de actividades en anexo 2]*
- ❖ Vuelta a la calma, se realizaban estiramientos y ejercicios de relajación.
- ❖ Aseo básico personal.
- ❖ Asamblea: Resumen de la sesión, percepciones y sensaciones de los usuarios. Se administraba la hoja de registro.

Descripción breve de las **actividades** que se llevaron a cabo.

- ❖ **Senderismo:** Paseos de aproximadamente de una hora por las inmediaciones del centro y una salida extraordinaria para caminar por el paseo de arenas viendo el mar con el fin de aumentar la motivación de los usuarios.

- ❖ **Petanca y Bolos:** Se realizó una sesión de cada una. Petanca sin ningún tipo de adaptación ya que los usuarios dominaban el juego. Y los bolos, jugaban con botellas recicladas llenas de arena y una pelota de fútbol.
- ❖ **Juegos tradicionales y de mesa:** se hizo una sesión de cada uno y en esa misma sesión se realizaron distintos juegos. Los usuarios se dividieron para jugar en parejas a cada uno de los juegos de mesa (parchís, dominó de colores y animales, oca, 3 en Raya...). Y la otra sesión fue de juegos tradicionales (peonza, pañuelo, gallinita ciega con objetos, saltar a la comba, paracaídas, pilla-pilla...).
- ❖ **Deporte adaptado:** Cómo deporte adaptado considero deportes con las reglas básicas y adaptadas para que sean fáciles de entender y comprender. Aparte se realizan adaptaciones materiales de bajo coste para ejecutarlos. Para jugar al tenis se utilizaron raquetas y pelota de goma para que botara menos. Baloncesto, las canastas se dispusieron a diferentes alturas para practicar las distancias de tiro y fuese más fácil. Balonmano, pelota más grande y de gomaespuma para facilitar el agarre. Circuitos de equilibrio con material antideslizante para evitar caídas.
- ❖ **Arteterapia:** Consistía en hacer arte al aire libre con objetos reciclados como pintar botellas, piedras, confeccionar marionetas y hacer algún recuerdo para que los usuarios recordaran el taller y el programa.

Cada 30-45 minutos tratábamos de hacer un descanso para que los usuarios desconectaran, tomaran agua y volvieran a empezar la actividad.

También se realizaban muchos cambios de actividad en la misma sesión, con el fin de captar la atención de los usuarios y que no perdieran la motivación por el programa, y por la sesión que estaban llevando a cabo.

Una vez finalizado el periodo de intervención, se procedió a realizar la reevaluación utilizando las mismas escalas que en la evaluación inicial. *La Escala GENCAT y la Escala de marcha y equilibrio TINETTI.*

REEVALUACIÓN

Como se puede observar en la tabla todos los usuarios obtuvieron una notable mejoría en el índice de cv, dos de los usuarios consiguieron alcanzar un percentil superior a 20. Lo que confirma que las actividades físicas y deportivas del programa han afectado a su autoestima, bienestar personal y estado físico provocando un aumento en dicha variable. *[Véase tabla comparativa reevaluación en anexo 3].*

Se puede observar en la tabla que todos los usuarios han obtenido mejores resultados respecto de la evaluación inicial. Y que han reducido el riesgo de padecer caídas o tropiezos debido a la marcha inestable o pérdida de equilibrio. Todo ello ha mejorado con la realización de actividades físicas y ejercicios, circuitos de equilibrio y la práctica de la marcha adecuada durante un periodo prolongado y rutinario. *[Véase tabla comparativa reevaluación en anexo 3].*

Además de estas dos escalas estandarizadas, también se administró un cuestionario para evaluar concretamente si los objetivos específicos del programa se habían alcanzado o no. *[Véase cuestionario en anexo 4].*

RESULTADOS

Al revisar los registros diarios que se realizaban al finalizar cada sesión y mi observación, puedo destacar los resultados que comentaré a continuación.

En cuanto a dos de los objetivos generales se han logrado cumplir en su totalidad, todos los usuarios han mostrado un ligero aumento en su cv al ser reevaluada. Por el contrario, el tercer objetivo se ha logrado cumplir parcialmente, debido a que el 40% ha notado una mejoría en la resistencia física y tolerancia a la fatiga pero el 60 % restante no.

En cuanto a los objetivos específicos solo se han logrado cumplir dos al 100% todos los demás, se han alcanzado parcialmente. Procedo a especificarlo:

Obj. 1: Lo han alcanzado el 80%. **Obj. 2:** 100%. **Obj. 3:** 40%. **Obj.4:** 20%. **Obj. 5:** 60%. **Obj. 6:** 40%. **Obj. 7:** 100%. **Obj. 8:** 80%.

La totalidad de los objetivos fue lograda únicamente para el 40% de los participantes. El 40 % de los participantes lograron alcanzar los objetivos parcialmente, los que no alcanzaron fueron levantar una pesa de 1 kg 7 repeticiones continuadas y realizar 5 pases con un balón medicinal de 0.5 kg. Por último, el 20% de los participantes solo logró alcanzar dos objetivos.

DISCUSIÓN

Cabe resaltar que el número de sesiones y el período de duración del programa ha sido muy reducido. Por ello, los resultados no son muy alentadores. Puesto que esperaba conseguir un percentil de 40% en los usuarios.

Si bien es cierto, que me ha servido para recabar multitud de información acerca de este colectivo y el ejercicio físico, dado que existen muy pocos estudios recientes que relacionen el ejercicio físico de personas con discapacidad con variables de salud como pueden ser la cv, hipertensión y diabetes entre otras.

Los programas de actividades deportivas y de ocio, deberían formar una de las partes más importantes de cualquier intervención integral respecto a todos los colectivos, y específicamente de la intervención desde T.O. Debido a los múltiples beneficios que reportan a la salud.

En el presente programa se ha podido contemplar una mejora de múltiples factores como son el índice de cv, la autoestima el rendimiento físico, el equilibrio y la mejora en la marcha prolongada. Además de una mejora en la socialización con los demás compañeros.

Al relacionarlo con una investigación que se realizó en la Universidad de Zaragoza con personas con D.I., se demostró que el ejercicio y la actividad física tienen efectos positivos sobre una gran cantidad de variables de salud, entre las que se incluyen: equilibrio, fuerza muscular, peso corporal y capacidad aeróbica¹⁰.

Por ello, debemos proponer programas que aboguen por las actividades físicas y deportivas en los CO que incluyan actividades de ocio y deporte al menos dos veces por semana. Aunque nuestra muestra y nuestra intervención hayan resultado escasas debido al tiempo, si se prolongará el período del programa y se duplicarán el número de sesiones se podría intuir que el índice de cv habría aumentado más significativamente en los usuarios.

CONCLUSIONES

- El ejercicio y las actividades deportivas y de ocio han demostrado tener efectos positivos sobre la cv, equilibrio, marcha y socialización de personas con D.I.
- Resultados desalentadores por la baja muestra y escaso período de tiempo invertido.
- Destacar la figura del TO en este ámbito y la influencia que ejerce sobre la mejora de cv y bienestar. Además de la prevención de enfermedades.
- Incrementar el número de programas deportivos y de ocio que se ofertan para personas con D.I.
- Mayor número de investigaciones en el campo del ejercicio físico en D.I. y con una muestra más voluminosa.

ANEXOS

ANEXO 1: Resultados evaluación inicial.

GENCAT			
Usuario	PE	PC	PERC
1	55	77	6
2	61	82	12
3	50	72	3
4	67	88	21
5	51	74	4

TINETTI	
Usuario 1	12
Usuario 2	17
Usuario 3	20
Usuario 4	15
Usuario 5	18



ANEXO 2: Lista de actividades

Sesión 1, petanca: Ejercicios de precisión y tiro y petanca.

Sesión 2, senderismo: Paseo por las inmediaciones del centro 15 minutos.

Sesión 3, deporte adaptado*: Varias actividades con adaptaciones relacionadas con tenis, hockey y baloncesto.

Sesión 4, juegos tradicionales: Miscelánea de juegos tradicionales activos. (peonza, pañuelo, gallinita ciega con objetos, saltar a la comba, paracaídas, pilla-pilla, torito en alto...).

Sesión 5, deporte adaptado: Ejecución de un circuito de equilibrio, fuerza y flexibilidad.

Sesión 6, senderismo: Paseo de 30 minutos y ejercicios activos con brazos y piernas.

Sesión 7, arteterapia: Decoración de botellas, porta velas. Y confección de marionetas.

Sesión 8, senderismo: Paseo de 35-40 minutos por las inmediaciones del centro y carrera de relevos de 5x20 metros (la carrera de relevos se realiza 3 veces).

Sesión 9, bolos: Actividades varias con balón y bolos. (Quién derriba más, Quién es capaz de acercarse más in derribar ninguno y más variantes)

Sesión 10, juegos de mesa: Miscelánea de juegos de mesa. Juegos en sedestación.

Sesión 11, deporte adaptado*: Actividades* relacionadas fútbol, atletismo y balonmano.

Sesión 12, senderismo: Salida extraordinaria al paseo de Arenales. Paseo de 35-40 minutos y ejercicios de estiramiento en la arena.

*Con adaptaciones me refiero a modificaciones en las reglas originales de los propios juegos, o incluso en adaptaciones caseras de los materiales. Con el fin de explotar la creatividad y proponer multitud de juegos posibles de un mismo deporte para no caer en aburrimiento o monotonía.

ANEXO 3: Tabla comparativa reevaluación

EVALUACIÓN INICIAL			REEVALUACIÓN			DIFERENCIA	
Usuario	PE	PC	PERC 1	PE	PC	PERC 2	Perc 2 – Perc 1
1	55	77	6	63	84	14	8
2	61	82	12	78	98	45	33
3	50	72	3	64	85	16	13
4	67	88	21	68	89	23	2
5	51	74	4	60	81	11	7

TINETTI		
USUARIO	EVALUACIÓN 1	EVALUACIÓN 2
1	12	18
2	17	23
3	20	25
4	15	20
5	18	25

ANEXO 4: Cuestionario

HOJA DE REGISTRO	
Nombre:	Fecha:

	No consigue	Regular	Conseguido
1. Ser capaz de andar durante 10 minutos sin parar, al menos dos veces durante el programa.			
2. Subir 10 escalones, al menos tres veces durante el programa.			
3. Realizar un precalentamiento completo sin abandonarlo.			
4. Realizar footing lento durante 2 minutos.			
5. Dar 3 pases seguidos con un balón medicinal de 0.5 kg.			
6. Sentarse y levantarse con seguridad 3 veces en menos de un minuto.			
7. Dar 10 saltos en menos de un minuto.			
8. Realizar el circuito de equilibrio en menos de 6 minutos.			
9. Ser capaz de encestar cuatro pelotas.			
10. Finalizar los estiramientos.			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Abay Analsitas Económicos y Sociales (ed.) *Primer Panel de Indicadores de Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual en Aragón*. Atades: Aragón; 2013.
<http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf> (Último acceso 19 julio 2016)
- (2). Cuairán Yeregui O, Laparra Alguacil I, Arnedo Villanueva A, Loitegui Baciero A. Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual. *TOG* 2009; 6(4): 139-409 [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf> (Último acceso 19 julio 2016)
- (3). Barrios Fernández S. El papel del terapeuta ocupacional en un centro ocupacional para personas con discapacidad. *TOG* 2011; 8(14) [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original5.pdf> (último acceso 19 julio 2016)
- (4). Verdugo Alonso, M.A. *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Vol 1.11ª ed. Alianza; 2011
- (5). Institut Valencià d'acció social. *Centros de día*. <http://ivas.es/es/ivas> (Último acceso 19 julio 2016)
- (6). Guim Marzo Oriol (ed.) *Centro Ocupacional Para Personas con Discapacidad Intelectual*. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO18263/premio_centros_ocupacionales.pdf
- (7). Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2):78. <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/docintenejecimiento.pdf>
- (8). Schalock, R. i Verdugo, M.A (ed.) *Calidad de vida: Manual Para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales*. Madrid: Alianza Editorial; 2003.

(9). Alto Rendimiento. *Beneficios de las Actividades Físico Deportivas Para la Salud.*

Disponible en: <http://altorendimiento.com/beneficios-de-las-actividades-fisico-deportivas-para-la-salud/> (Último acceso 19 julio 2016).

(10). Casajús JA, Vicente-Rodriguez G. (eds.) *Ejercicio Físico y Salud en Poblaciones Especiales.* Exernet. España: Colección ICD; 2011.

http://deporte.aragon.es/recursos/files/documentos/doc-areas_sociales/deporte_y_salud/icd58_ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf

(Último acceso 19 julio 2016).

