

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/311589443>

Avances en actividad física y deportiva inclusiva

Book · December 2016

CITATIONS

0

READS

2,055

5 authors, including:



José Gallego

Universidad de Almería

38 PUBLICATIONS **152** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Manuel Alcaraz-Ibáñez

Universidad de Almería

30 PUBLICATIONS **2** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Jose Manuel Aguilar-Parra

Universidad de Almería

68 PUBLICATIONS **81** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Adolfo J. Cangas

Universidad de Almería

130 PUBLICATIONS **923** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

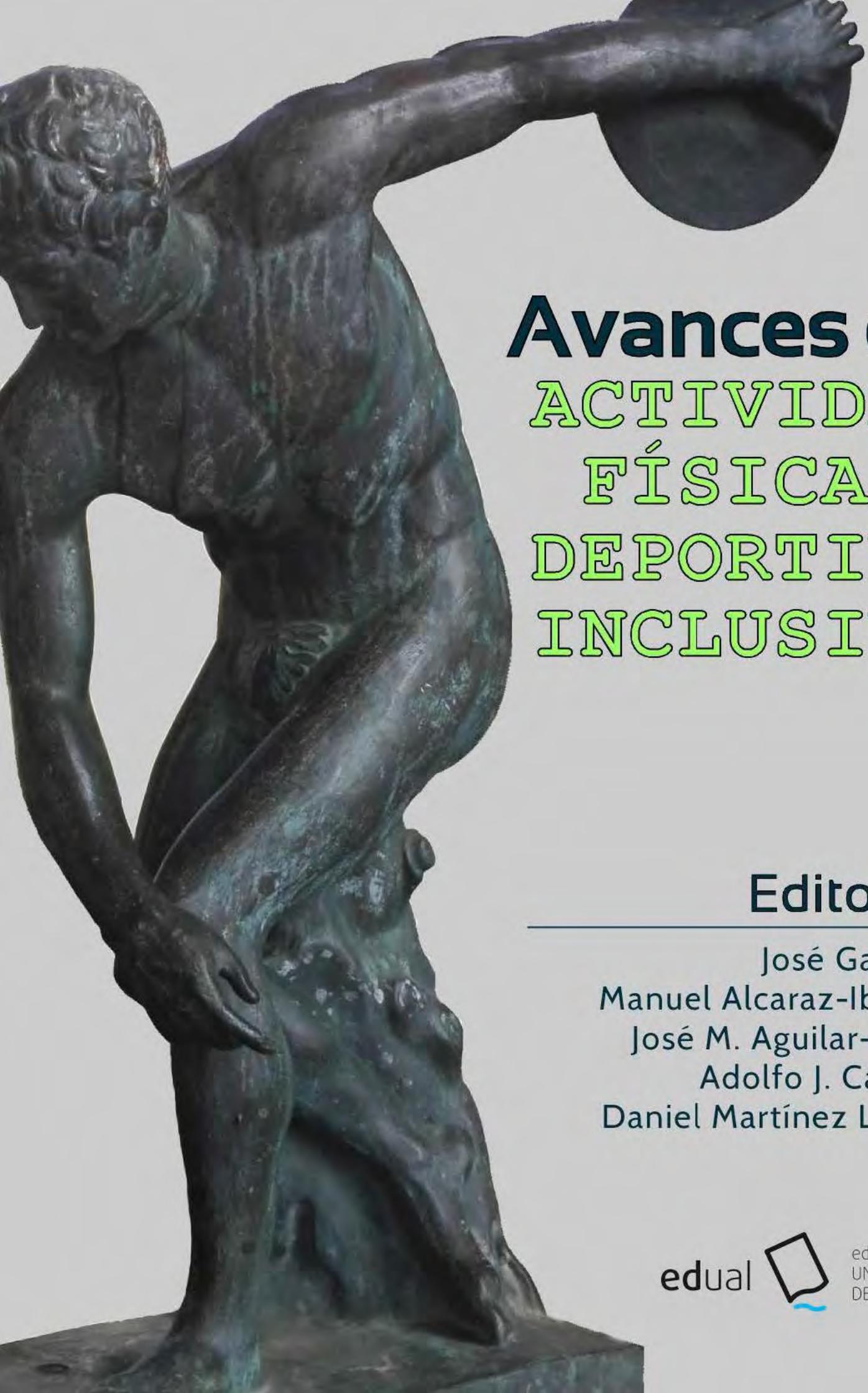
Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



New technologies, Sport, and University training courses for people with severe mental disorders and students as ways against the stigma in mental health [View project](#)



Motivación and exercise addiction [View project](#)



Avances en ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA INCLUSIVA

Editores

José Gallego
Manuel Alcaraz-Ibáñez
José M. Aguilar-Parra
Adolfo J. Cangas
Daniel Martínez Luque

Avances en actividad física y deportiva inclusiva

© del texto: sus autores

Editores:

José Gallego

Manuel Alcaraz-Ibáñez

José Manuel Aguilar-Parra

Adolfo J. Cangas

Daniel Martínez Luque

Diseño y maquetación:

Manuel Alcaraz-Ibáñez

© Colección: *Libros electrónicos* nº 58

Editorial Universidad de Almería, 2016

editorial@ual.es

www.ual.es/editorial

Telf/Fax: 950 015459



ISBN: 978-84-16642-41-0

Depósito legal: AL 1896-2016

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los trabajos incluidos en el Libro de Actas del V Congreso Internacional de Deporte Inclusivo son de responsabilidad exclusiva de los autores; asimismo, éstos se responsabilizarán de haber obtenido el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Prefacio

José Gallego, Manuel Alcaraz-Ibáñez, José Manuel Aguilar-Parra y Adolfo J. Cangas
Universidad de Almería

En la Universidad de Almería, del nueve al trece de mayo de 2016, tuvimos la oportunidad de debatir, en el marco del V Congreso Internacional de Deporte Inclusivo, diferentes experiencias novedosas en este ámbito. Fue una oportunidad para conocer de primera mano distintas aplicaciones, experiencias e innovaciones que se están llevando a cabo en estos momentos relacionadas con el deporte inclusivo. Por este motivo, la revista *Psychology, Society & Education* publicó un número especial sobre este tema (volumen 9, número 2) e, igualmente, se ha editado un libro de actas con los trabajos presentados en el congreso. Del mismo modo, el comité científico ha decidido seleccionar una serie de trabajos revisados para conformar el manual que presentamos a continuación, con el fin de difundir diferentes líneas de trabajo importantes en este ámbito.

De esta manera, el manual “Avances en actividad físico deportiva inclusiva” se divide en cuatro bloques, un primer apartado centrado en las aplicaciones del deporte inclusivo en salud mental, como pueden ser los resultados sobre ansiedad, depresión o trastorno mental grave, así como con jóvenes menores infractores. Un segundo bloque está más orientado a las aplicaciones del deporte inclusivo en la discapacidad sensorial o intelectual, como, por ejemplo, a través de la práctica de la equitación, el esquí náutico o diversas actividades extraescolares. En el tercer bloque se considera la relación entre la actividad físico-deportiva y diversos aspectos de la salud como, por ejemplo, la prevención y tratamiento del dolor en fibromialgia y lumbalgia, la incidencia del dolor de hombro en jugadores de baloncesto en silla de ruedas, o el malestar premenstrual en jugadoras de fútbol. Finalmente, un cuarto bloque analiza la práctica del deporte inclusivo a lo largo del ciclo vital, desde personas jóvenes y adolescentes, hasta aquellas de mayor edad.

Creemos que estos trabajos son representativos de diferentes aplicaciones actuales del deporte inclusivo aunque, por supuesto, no abarca todos los ámbitos, pero sí demuestra el vigor y la necesidad de seguir investigando y avanzando en este terreno. Solo nos queda agradecer las aportaciones de todos los participantes, tanto en este manual como en el resto de publicaciones. Esperamos seguir contando en un futuro con sus contribuciones, de manera que sigamos profundizar aún más en las distintas posibilidades de la actividad físico-deportiva en el ámbito de la inclusión social y la salud.

En Almería, a 16 de septiembre de 2016

Índice

Bloque I

APLICACIONES DEL DEPORTE INCLUSIVO EN SALUD MENTAL Y PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

1. EL EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO PARA LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	8
Olga Martínez Buendía, Francisco Gabriel Pérez Martínez, Verónica Díaz Sotero Servicio Andaluz de Salud	
2. BENEFICIO DEL EJERCICIO FÍSICO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	18
Noelia Navarro Gómez <i>Universidad de Almería</i>	
3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DEPORTE DE LA FUNDACIÓN C.V. STOS. ANDRÉS, SANTIAGO Y MIGUEL. LA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, LIGA “FUNSASM” DE FÚTBOL SALA Y OTRAS INICIATIVAS DEPORTIVAS	37
David Marqués Azcona <i>Terapeuta Ocupacional de la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel. Sueca (Valencia)</i>	
4. COMPETENCIAS LABORALES EN EL DEPORTE. JÓVENES Y ADULTOS CON CAPACIDADES DIVERSAS EN CONTEXTOS NO FORMALES	59
Teresa Orihuela Villameriel, Gustavo Martín Villarejo, Laura Virginia Sánchez García, Pablo Martínez Fernández <i>Atención a la Diversidad, Fundación INTRAS</i>	
5. EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DEPORTIVOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA COMO AGENTES DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS MENORES INFRACTORES	72
Juan Miguel Fernández-Campoy, José Manuel Aguilar-Parra, José Javier Lorenzo-Torrecillas, Darío Salguero <i>Universidad de Almería</i>	
6. LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE JÓVENES ALEMANES CON PROBLEMAS MEDIANTE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN EL CONCEPTO PEDAGÓGICO DE LA ASOCIACIÓN NEUE HORIZONTE	84
Christian Roith*, Detlev Bähr** <i>*Universidad de Almería, **Neue Horizonte</i>	

Bloque II

DEPORTE INCLUSIVO Y DISCAPACIDAD

7. ESQUÍ NÁUTICO COMO MEDIO DE INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN ENFOQUE BASADO EN CAPACIDADES EN TORNO A UN ESPECTRO DE INCLUSIÓN 102

David Suárez Iglesias*, Mario Suárez García**

*Universidad de León; **Club Deportivo Esquí Náutico León

8. EQUITACIÓN INCLUSIVA: OCIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE 122

Alejandra Galdeano Rico, Iris Ruiz Martin, Elena Berbel Montoya

Terapeutas Ocupacionales, Junta de Andalucía

9. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EXTRAESCOLAR REALIZADA POR ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 130

Josune Rodríguez Negro, Daniel Castillo Alvira, Saoia Redin Azkona, JavierYanci Irigoyen

Universidad del País Vasco, UPV/EHU

Bloque III

ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA Y SALUD

10. MÉTODO PILATES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS 140

María del Carmen Ramírez Cazorla*, Minerva Hernández Sánchez*, Patricia Pastor Muñoz**

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. **Hospital Jules Bordet, Bruselas, Bélgica

11. EJERCICIO FÍSICO. ESTRATEGIA CONTRA LA FIBROMIALGIA 156

Patricia Pastor Muñoz*, Noemí Gil Fernández**, M^a Luisa Ballesta Fernández**

*Hospital Jules Bordet Bruselas, **Complejo Torrecardenas Almería

12. RELACIÓN DEL DOLOR DE HOMBRO Y RANGO ARTICULAR EN JUGADORES DE BSR . . . 169

García-Gómez, S*, Pérez-Tejero, J*, Rosa-Gaspar, F.J. **

*Centro de Estudios sobre Deporte Inclusivo (CEDI), Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF), Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

**Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Física (FEDDF)

13. TENSÃO PRÉ MENSTRUAL EM PRATICANTES DE FUTEBOL 184

Vilma Fernandes Carvalho¹, Danielli Braga de Mello^{2,5}, Antonio Alias³, Vanessa Freitas Jorge¹, Paulo Roberto Agrizzi Nacaratti¹, Guilherme Rosa^{4,5}, Érica Dias de Souza Borher¹

⁽¹⁾ Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO/BH/Brasil)

⁽²⁾ Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx/EB/RJ/Brasil)

⁽³⁾ Universidade de Almeria, Espanha

⁽⁴⁾ Grupo de Pesquisas em Exercício Físico e Promoção da Saúde (UCB/RJ/Brasil)

⁽⁵⁾ Laboratório de Biociências da Motricidade Humana da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (LABIMH/UNIRIO/RJ/Brasil)

Bloque IV

ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA A LO LARGO DEL CICLO VITAL

14. ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO . . . 197

Rodrigo Gomes de Souza Vale^{1,2,3}, Danielli Braga de Mello⁴, Antonio Alias⁵

⁽¹⁾ Laboratório de Biociências da Motricidade Humana, Rio de Janeiro, Brasil; ⁽²⁾ Laboratório de Fisiologia do Exercício (LAFIEX), Universidade Estácio de Sá, Cabo Frio, Rio de Janeiro, Brasil;

⁽³⁾ Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD), Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte (PPGCEE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil ; ⁽⁴⁾ Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx/EB/RJ), Brasil; ⁽⁵⁾ Universidad de Almería, España

15. BENEFICIOS DEL MÉTODO MONTESSORI EN EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN INFANTES 208

Ana Manzano León, José Manuel Aguilar-Parra, Remedios López-Liria.
Universidad de Almería

16. LIDERAZGO EN LAS ESCUELAS PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA INCLUSIVA 220

Darío Salguero García, José Manuel Aguilar-Parra, José J. Lorenzo Torrecillas, Juan M. Fernández- Campoy
Universidad de Almería

17. MEJORA DE LA RESILIENCIA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREATIVA 228

José Javier Lorenzo Torrecillas, José Manuel Aguilar-Parra, Juan M. Fernández-Campoy, Rubén Trigueros, Darío Salguero
Universidad de Almería

18. MIDIENDO LA ANSIEDAD FÍSICO SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA 241

María J. Lirola*, Manuel Alcaraz-Ibáñez*, Jesús Medina-Casabón**, Rafael Burgueño*, Álvaro Sicilia*

*Universidad de Almería, **Universidad de Granada

19. ¿QUÉ PERFIL DE ALUMNADO ESCOGE CURSAR LA ASIGNATURA DE EDUCACIÓN FÍSICA AL FINAL DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA POST-OBLIGATORIA? DIFERENCIAS EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES 255

Roberto Ferriz*, Álvaro Sicilia**

*Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche. **Universidad de Almería

20. LAS CRISIS COMO PERIODOS PROCLIVES AL CAMBIO. UNA REVISIÓN DEL CONCEPTO DE CRISIS Y DE SUS IMPLICACIONES EN EL DEPORTE 264

Daniel Martínez Luque, Antonio Molina Moreno
Universidad de Almería

21. OCUPACIÓN DE OCIO PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE CALIDAD 278

José Manuel Aguilar-Parra, José J. Lorenzo-Torrecillas, Juan M. Fernández-Campoy, Darío Salguero, Rubén Trigueros, Remedios López-Liria
Universidad de Almería

22. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ACTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR 294

María Luisa Ballesta Fernández, María del Carmen Ramírez Cazorla, Minerva Hernández Sánchez
Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Bloque I

**APLICACIONES DEL DEPORTE INCLUSIVO EN SALUD MENTAL Y
PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

EL EJERCICIO FISICO COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO PARA LA ANSIEDAD Y DEPRESION

Olga Martínez Buendía, Francisco Gabriel Pérez Martínez, Verónica Díaz Sotero

Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos que, aunque distintos, presentan ciertas similitudes que implican problemas en pensamiento y conducta. Tradicionalmente estos trastornos se tratan a través de la psicoterapia y la medicación, presentando muchas veces efectos colaterales. El ejercicio físico puede ser una alternativa al tratamiento de la ansiedad y la depresión, ya que produce efectos beneficiosos. Nuestro principal objetivo es determinar los beneficios que aporta la práctica regular de ejercicio físico en estos tipos de trastornos. Para ello realizamos una búsqueda bibliográfica mediante diferentes bases de datos, revistas y el plan integral de salud mental de la Junta de Andalucía. Se demuestra que la práctica regular de ejercicio físico mejora o disminuyen los síntomas producidos en la ansiedad y depresión, ocasionando mayor calidad de vida a personas que sufren estos trastornos.

Palabras clave: Ejercicio físico, ansiedad, depresión, beneficios psicológicos.

Introducción

La *ansiedad* es una respuesta normal y sana que facilita la adaptación del ser humano al medio ambiente, pero se convierte en un problema cuando ocurre en momentos en los que no existe un peligro real. Los trastornos de ansiedad, junto con la depresión, son los problemas psicopatológicos con una mayor tasa de prevalencia en la sociedad actual (OMS, 2012).

Según la OMS en la Conferencia de 10 de octubre de 2012, la *depresión* es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Según el Secretario General de la OMS en el Día Mundial de la Salud Mental 10 de octubre de 2012 la depresión es una crisis mundial. Unos 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades sufren de depresión. Y millones más — familiares, amigos, compañeros de trabajo— están expuestos a los efectos indirectos de esta crisis de salud mundial insuficientemente reconocida. La depresión disminuye la capacidad de las personas para hacer frente a los retos cotidianos de la vida y con frecuencia precipita el deterioro de las relaciones familiares, la interrupción de la educación y la pérdida del empleo (OMS, 2012).

La depresión presenta diversos síntomas, siendo los más comunes la profunda sensación de tristeza o la pérdida importante del interés y placer por las actividades de la vida cotidiana. Según Benitez, Sánchez, Villalva, y Zamorano (2006) estos síntomas pueden ser:

a) Psicológicos, Afectivos, Cognitivos y Conductuales.

b) Somáticos:

- Astenia, anorexia, aumento del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, diversas algias, alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales y vegetativos.
- Trastornos del Sueño.

- Trastornos Sexuales: disminución del deseo, disfunción eréctil y anorgasmia.

c) Biológicos: Inicio o reagudización en primavera-otoño y alteración del ritmo circadiano.

Según *The Journal of the American Medical Association*, para considerarse una depresión, al menos debe presentarse como mínimo 5 de estos signos casi cada día durante al menos 2 semanas (Torpy, 2003):

1. Tristeza o sensación de vacío.
2. Pérdida de interés o de placer por realizar actividades.
3. Cambios del apetito con pérdida o aumento de peso.
4. Alteraciones del sueño: dormir mucho o demasiado poco.
5. Fatiga o falta de energía.
6. Sentimiento de baja autoestima o culpa.
7. Sensación de agitación o apatía.
8. Dificultad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos reiterados de suicidio o muerte.

Entre los factores que podrían contribuir a la aparición de la depresión se encuentran:

a) Factores bioquímicos: Existe una relación entre los signos de la depresión y una disminución en los niveles de los neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina, dopamina y la acetilcolina. En la mujer, las alteraciones hormonales también contribuyen a la aparición de la depresión (American-Psychiatric-Association, 2005):

b) Factores genéticos: La depresión puede estar causada por un factor hereditario.

c) Personalidad: Las personas con baja autoestima son más pesimistas y más vulnerables a la depresión.

d) Factores ambientales: Algunas situaciones de la vida a las que las personas nos enfrentamos como es la exposición continua a la violencia, negación, abuso, pobreza, el estrés, las relaciones sociales, etc, pueden desembocar en una depresión en aquellas personas que son más vulnerables.

Existen diversos trastornos depresivos en los cuales el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. Según el National-Institute-of-Mental-Health (2004) entre éstos se encontrarían:

- Depresión Severa: En este trastorno se manifiestan varios síntomas depresivos que afectan a la vida cotidiana de la persona y que puede aparecer solo una vez o varias veces en su vida.
- Trastorno Bipolar: Se trata de una combinación entre episodios de depresión mayor y cambios cíclicos en el estado de ánimo.
- Depresión Posparto: Es el que sufre la mujer tras dar a luz y es debida sobre todo por los cambios hormonales que se producen durante la gestación, aunque también se pueda dar un componente hereditario.
- Trastorno Afectivo-estacional: Existen personas que son más vulnerables a los cambios estacionales, provocándoles episodios depresivos en determinadas épocas del año y que suelen ser repetitivas en las mismas estaciones cada año.

Tradicionalmente estos trastornos se tratan a través de la psicoterapia y la medicación. La psicoterapia comprende un largo tratamiento y los psicotrópicos casi siempre presentan efectos colaterales.

El ejercicio físico puede ser una alternativa al tratamiento de la ansiedad y la depresión, ya que produce efectos beneficiosos, tanto en lo físico como en lo psicológico. Por tanto, la práctica regular del ejercicio físico puede ser una medida a utilizar tanto en lo preventivo como tratamiento de estos trastornos.

Los tratamientos actuales para la depresión son los siguientes: (Martín, 2007).

1- Tratamiento farmacológico: Los fármacos antidepresivos son los de elección para el tratamiento de la depresión, y su dosis, tipo y duración del tratamiento depende del grado de depresión. Como todo fármaco, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios en algunas personas: boca seca, estreñimiento, dificultad en la micción, disfunción sexual, visión borrosa, mareos, somnolencia diurna, dolor de cabeza, náuseas, nerviosismo e insomnio y agitación.

2- Psicoterapia: Es una terapia verbal entre el médico y el paciente, que consiste en un tratamiento individual o grupal en el que se puede involucrar a la familia. Con esta terapia

se pretende ayudar a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos. Según el grado de depresión, será combinada con antidepresivos.

3- Fototerapia, Electro-shock, Terapia Naturista, Musicoterapia, como tratamientos complementarios a los anteriores.

El ejercicio físico como tratamiento de la ansiedad y la depresión

Actualmente el deporte está considerado como uno de los fenómenos sociales más importantes en nuestra sociedad (Cagigal, 1975). La práctica deportiva está asociada a perseguir un objetivo relacionado con la obtención de una buena salud o condición física, y conseguir de esta forma afrontar mejor las actividades de la vida cotidiana y mejorar las relaciones sociales.

Cada día se tiene más conciencia de los numerosos beneficios que aporta la práctica del ejercicio físico sobre la salud y además actúa como un factor importante en la prevención de enfermedades. La salud que perseguimos no solo es la física, sino la salud mental, o la fortaleza para afrontar las situaciones difíciles, resistir la presión y sobreponerse a las dificultades. Esto se puede conseguir con un deporte bien prescrito y adecuadamente planificado. Es por esto que el concepto de prescripción de ejercicio ha empezado a primar, sobre todo en el ámbito médico, como un proceso por el cual a una persona sana o enferma, se le recomienda un régimen de actividad física individualizado y adecuado a sus necesidades, a diferencia del concepto clásico de prescribir o recetar un fármaco, un tratamiento o un procedimiento (Gómez-Huelgas, 1993).

A partir de los años noventa, se detecta que la falta de ejercicio físico junto con los malos hábitos adquiridos, eran la causa de la aparición de determinadas enfermedades cardiovasculares, la obesidad o el cáncer y también de tipo psicológico como el estrés, la ansiedad y la depresión, y una de las causas de muerte. En este contexto, muchos estudios corroboran que el ejercicio físico produce efectos saludables, bien previniendo la aparición de trastornos de salud o bien facilitando el tratamiento de los mismos (Morilla-Cabezas, 2011).

Diversos estudios establecen una relación sólida entre el ejercicio físico y la salud mental que influyen en determinados factores, como son:

- En la reducción de la ansiedad y de la depresión.

- En el incremento de los sentimientos de autoestima y en particular de aquellos relacionados con la apariencia física.
- En la mejora de la capacidad para afrontar el estrés psicosocial.

Los beneficios que una persona experimenta a través del ejercicio físico, se pueden clasificar en psicológicos, fisiológicos y sociales (Miguel y Navet, 2001; Villacorta, 1974; Oromí-Durich, 2003; Lee, 2003).

- Beneficios Psicológicos: mejora el estado de ánimo, de la autoestima, el equilibrio emocional y disminuye el pensamiento pesimista.
- Beneficios Fisiológicos: Con el ejercicio físico se produce una liberación de endorfinas que producen la sensación de dolor y proporcionan un estado de euforia. El aumento de estas sustancias explica la sensación de bienestar que experimenta el individuo durante y después de la práctica del ejercicio físico.
- Beneficios sociales: La realización de una actividad física mejora e incrementa la autoestima de la persona y así como la percepción del control sobre su propia vida, y mejora las relaciones sociales en deportes de grupo.

En cuanto a *la prescripción* de ejercicio físico encaminado a la consecución de unos determinados efectos saludables deben realizarse en base a diferentes parámetros, en primer lugar relacionados con el estado de salud del individuo y su condición física, y en segundo lugar establecer una planificación de la actividad en cuanto se refiere a la frecuencia, duración, intensidad y tipo de ejercicio. En este sentido, el American College of Sports Medicine (ACSM, 1999) recomienda que se practique ejercicio físico entre 3-5 días por semana para conseguir mejoras significativas en trastornos de ansiedad al cabo de 10 semanas o de 5 semanas para algunos trastornos depresivos.

Objetivos

Indicar los beneficios que aporta la práctica del ejercicio físico en personas que sufren ansiedad o depresión.

Metodología

Planteamos un estudio descriptivo en base a un análisis de la bibliografía consultada basada en investigaciones realizadas. Hemos realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como son: Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed-Medline, Scielo, Dialnet; en revistas de psicología, Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte; Plan Integral de Salud Mental Junta de Andalucía. Y en el buscador Google académico.

Resultados

La revisión de diversos estudios enfocados a relacionar la eficacia del ejercicio físico en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, nos proporciona los siguientes resultados:

En la literatura se observa bastante coincidencia respecto de los efectos antidepresivos del ejercicio físico (Hassmen, Koivula y Uutela, 2000; Singh, Clements y Fiatarone, 1997). La práctica regular de actividad física mejora los niveles de ansiedad y depresión e incide beneficiosamente sobre otras emociones, contribuyendo todo ello al bienestar psicológico de las personas (Akandere y Tekin, 2005; Biddle, Fox, y Boutcher, 2000; Fox, 1999; Miguel y Navet, 2001; Paluska y Schwenk, 2000).

Además, diversas revisiones parecen sugerir que existe una relación causal entre actividad física y reducción de síntomas depresivos. Por ejemplo, Lawlor y Hopker (2001) promediando los hallazgos de 14 estudios encontraron que los grupos tratados que practicaban ejercicio físico experimentaban una importante reducción de las puntuaciones en depresión, en comparación con los grupos control no tratados.

Por otro lado, se ha constatado que el tipo de ejercicio practicado parece no tener influencia sobre las distintas variables dependientes consideradas (salud percibida, estrés y estado de ánimo). Esto concuerda con las conclusiones de diversos informes (Edwards, Edwards y Basson, 2004; McGowan, Pierce y Jordan, 1991; Rehor, Dunnagan, Stewart y Cooley, 2001) que han señalado que tanto la actividad física aeróbica como el entrenamiento en resistencia contribuyen a mejorar el bienestar psicológico de las personas. Posiblemente, más que el tipo de ejercicio practicado, lo relevante es el tiempo semanal dedicado a la práctica de actividad física, de tal manera que por debajo de los 90

minutos semanales nuestros datos indican que no se consiguen efectos beneficiosos sobre la salud percibida, el estrés y los estados afectivos, como tristeza, fatiga y vigor.

Un estudio realizado por Borges, Benedetti, y Mazo (2010), en centros de salud de Florianópolis, Brasil, 2009, a 118 ancianos en tratamiento antidepresivo, sometidos a un programa de ejercicio físico, se observó un efecto positivo en estos pacientes, disminuyendo los síntomas depresivos y produciéndose una mejoría de la aptitud funcional.

Conclusiones

Los resultados obtenidos del análisis realizado de los diversos estudios nos lleva a concluir que la práctica de ejercicio físico contribuye a mejorar el nivel de bienestar individual y social de personas con problemas de ansiedad o depresión.

Se ha observado que las personas que practican ejercicio físico, refieren presentar menos depresión subjetiva que las personas sedentarias. En relación con los fármacos y la psicoterapia, la práctica de forma rutinaria de algún deporte resulta tan eficaz como la prescripción de ambos tratamientos.

La práctica del ejercicio físico se relaciona con la adquisición de hábitos saludables, lo que conlleva a la prevención de enfermedades y como parte del tratamiento de las mismas. Se ha demostrado sus beneficios en el tratamiento tanto de la ansiedad como la depresión.

Referencias

- Akandere, M., & Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. *PubliCE Standard*.
- American College of Sports Medicine (1999). *Guía ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.
- American-Psychiatric-Association (2005) *Let's Talk Facts About. Depression*. Volume, DOI: www.healthyminds.org/multimedia/depression.pdf

- Benitez Moreno, J. M., Sánchez Sánchez, F., Villalva Quintana, E., Zamorano Bayarri, E. (2006). *Depresión*. SEMERGEN. 2006, Barcelona: Edicomplet.
- Biddle, S. J. H., Fox, K. R. y Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological wellbeing*. Londres: Routledge.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., y Mazo, G. Z. (2010). Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(2), 72-78.
- Cagigal J.M. (1975). *El deporte en la sociedad actual*. Biblioteca Cultural RTVE, Madrid: Ed Magisterio Español y Ed Prensa Española.
- Edwards, D. J., Edwards, S. D. y Basson, C.J. (2004). Psychological well-being and physical selfesteem in sport and exercise. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 25-32.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2, 411-418.
- Gómez-Huelgas, R. (1993). *El ejercicio físico. Su utilidad terapéutica y profiláctica*. Medicina Integral. 22 (8): p. 363-368.
- Hassmen, P., Koivula, N. y Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30, 17-25.
- Lawlor, D. A. y Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Lee, K. (2003). *El ejercicio y la depresión*. Consumer Health Interactive. Recuperado de: www.paramisalud.com/topic/esexdepression
- Martín Escudero, P. (2007). *Ejercicio Físico y depresión*. Recuperado de: <http://pilarmartinescudero.es/pdf/publicaciones/medicos/conmeddepresejercicio.pdf>
- McGowan, R. W., Pierce, E. F. y Jordan, D. (1991). Mood alterations with a single bout of physical activity. *Perceptual and Motors Skills*, 72, 1203-1209.

- Miguel Tobal F. M., Navet Salvatierra M. R. (2001). *El efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad y la depresión*. Selección, 10 (1) p. 49-57.
- Morilla-Cabezas M. (2001) *Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte*.
Lecturas: EF y Deportes. Recuperado de:
<http://www.efdeportes.com/efd43/benef.htm>.
- National-Institute-of-Mental-Health (2004). *Depresión*. Volume, 1-27 DOI:
www.nimh.nih.gov.
- Olmedilla Zafra, A.; Ortega Toro, E. y Madrid Garrido, J. (2008). Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8 (31) pp. 224-243.
- Olmedilla, A., & Ortega, E. (2009). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. *Universitas Psychologica*, 8(1), 105-116.
- OMS (2012) 20.º aniversario del Día Mundial de la Salud Mental, 9 DE OCTUBRE DE 2012 GINEBRA.
- Oromí-Durich J. *Ejercicio físico y salud*. Medicina Integral, 2003. 41(3): p. 115-117.
- Paluska, S.A. y Schwenk, T.L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine*, 29, 167-180.
- Rehor, P. R., Dunnagan, T., Stewart, C. y Cooley, D. (2001). Alteration of mood state after a single bout of noncompetitive and competitive exercise programs. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 249-256.
- Singh, N.A., Clements, K.M. y Fiatarone, M.A. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52, M27-M35.
- Torpy J. (2003) *Depresion. Página Jama para pacientes*. The Journal of the American Medical Association Volume, 3483 DOI: jama.ama-assn.org/cgi/data/289/23/3198/DC1/1.
- Villacorta V. (1974) *Congreso Mundial de Musicoterapia*. Recuperado de:
<http://www.elmistico.com.ar/musicoterapia.htm>

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Noelia Navarro

Universidad de Almería

nng777@ual.es

Sobradamente son conocidos los beneficios que la práctica regular de ejercicio físico produce. Esto iría en consonancia tanto con la vasta y prolífica literatura disponible, como con lo extendido en la sabiduría popular y las nuevas y emergentes tendencias socioculturales que abogan por el culto al cuerpo, como herramienta para alcanzar el bienestar personal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la práctica de actividad física durante todo el transcurso de la vida (Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud). Por citar algunos de estos beneficios, (cuya exposición minuciosa conllevaría una gran extensión y, en cualquier caso, sobrepasaría los propósitos del presente texto), se ha encontrado que la práctica de al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como cáncer de colon y de mama. En la tercera edad, se ha encontrado un fortalecimiento en la musculatura y una mejora en el equilibrio que se disminuye en una reducción de las caídas y una mejora del estado funcional.

Igualmente, el ejercicio físico no está exento de beneficios en el plano psicológico (Edwards, Edwards y Basson, 2004; Netz, Wu, Becker y Tenenbaum, 2005). La relación entre la actividad física y la salud mental ha sido estudiada de forma profusa (Gauvin y Spence, 1996; Scully, Kremer, Meade, Graham y Dudgeon, 1998). Asimismo, la investigación apoya la existencia de correlaciones entre el sedentarismo y la presencia de desórdenes psicológicos (Blumenthal et al., 1991). Entre otros beneficios, en este plano, la literatura informa del papel moderador del deporte en el efecto del estrés diario o cotidiano respecto a la provocación de síntomas físicos (Brown y Siegel, 1988). En una revisión de 2008, Arruza et al., concluyen que se produce una mejora en la salud subjetiva, en el

estado de ánimo, la autoestima, así como una reducción de la depresión clínica y los niveles de ansiedad, como producto de la actividad deportiva.

Centrándonos en la patología que nos ocupa, en el caso de la esquizofrenia y otros trastornos mentales severos relacionados, parece ser un factor común el aislamiento social y el alto sedentarismo de estos pacientes, (Ussher, Stanbury, Cheeseman y Faulkner, 2007) encontrándose que los usuarios de salud mental realizan menos actividad física, teniendo escaso apoyo social, motivación y confianza en su capacidad de ejercicio.

Todo ello, no hace sino incrementar la incidencia de problemas médicos a la par que acentúa los síntomas negativos. En lo relativo a los problemas médicos se encuentra una mayor incidencia de enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, infecciones por virus Hepatitis B y C y VIH, así como trastornos por abuso de sustancias. Del mismo modo, la obesidad es un problema común en este tipo de población, hecho explicable en parte por los efectos secundarios del consumo de antipsicóticos (Allison, Mentore, Heo, Chandler, Cappelleri, Infante, 1999): los datos señalan que de un 40 a un 80% de las personas que toman medicación antipsicótica experimentan ganancias de al menos un 20% por encima de su peso ideal (Masand et al., 1999; Umbricht, Pollack, y Kane, 1994). Además de los efectos perniciosos derivados de la medicación, se han encontrado otros factores de riesgo que impactan en el riesgo cardiovascular, como la alta adicción al tabaco, los malos hábitos alimentarios y el ya citado sedentarismo. El riesgo de muerte por enfermedades físicas se asocia especialmente con enfermedades respiratorias (42.4%), enfermedades cardiovasculares (38%) y cáncer (18.5%).

Es conocido que la actividad física protege contra el aumento de peso y la obesidad. Esta función protectora podría ser relevante para pacientes con esquizofrenia ya que los pacientes con sobrepeso tienen más probabilidad de experimentar una menor calidad de vida (Martín-Sierra, et al., 2011). Igualmente, y pese a los defectos metodológicos inherentes a este tipo de trabajos, existe evidencia consistente con el alivio de los síntomas negativos asociados con la esquizofrenia, la depresión, la baja autoestima y el aislamiento social a través de la práctica de ejercicio físico, al tiempo que se consagra como una estrategia de utilidad a la hora de hacer frente a los síntomas positivos, como las alucinaciones auditivas (Faulkner, 2005). A todo esto, además se añadirían los consiguientes efectos positivos en cuanto al establecimiento de hábitos de disciplina,

socialización, conductuales adaptativos, higiénicos y educativos (Ramírez, Vinaccia y Ramón Suárez, 2004), responsabilidad y auto-control (Cecchini, Montero y Peña, 2003), así como la mejora de la comunicación y la capacidad de relación social (Rossi, Becker y Lancho, 2007), la ayuda en el reconocimiento y cuidado del propio cuerpo, así como la facilitación en la resolución de problemas a la par que proporciona sentido de pertenencia a un equipo, generando responsabilidad (Biondi, 2007). Al sentirse parte de un equipo, se trabaja también en pro de la inclusión social, contribuyendo a reducir los perniciosos efectos del estigma. En definitiva, todos estos estudios muestran la bondad de la realización de ejercicio aeróbico en la disminución de la severidad de los síntomas y una mejora significativa a nivel cognitivo (Draganski , Gaser, Busch, Schuierer, Bogdahn y May, 2004).

El presente estudio es un intento de recoger la literatura disponible a partir del año 2000 y hasta la actualidad, recopilando todos aquellos estudios que de un modo u otro pongan de manifiesto la relación entre la práctica de actividades deportivas y los efectos a nivel psicológico en aquellos pacientes con desórdenes del espectro esquizofrénico.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos Psycodoc, Scopus y PsycINFO, introduciendo los parámetros de búsqueda “*schizophrenia*” “*mental illness*” y “*sport*” y una restricción en lo relativo a las fechas, de tal forma que sólo se mostrasen los artículos publicados a partir del año 2000. Se inspeccionaron las referencias dentro de los documentos pertinentes.

Se incluyeron estudios que consideraron la actividad física o ejercicio como componente prioritario en la intervención o que compararon la eficacia de éste con otras intervenciones en el tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico. Se tomaron como criterios de exclusión el uso exclusivo de yoga, las actividades de relajación, así como aquellos programas multimodales que incorporan el ejercicio dentro de un programa más amplio, puesto que éstos no permiten determinar los efectos debidos solamente al deporte.

Resultados

Tras realizar una búsqueda en las bases de datos anteriormente citadas, y realizar un filtrado para eliminar todos aquellos artículos que no cumplieran los criterios de selección, la revisión quedó conformada por 28 artículos. Con respecto a su distribución por años, si bien siendo pocos, es en 2015, 2012 y 2011, donde mayor número de artículos se han encontrado (un total de 4). En el intervalo 2000-2002, no se publicó ningún estudio, sobre la temática, al igual que en 2006. A continuación se exponen brevemente los artículos revisados.

-En un estudio de 2015, *Firth, Cotter, Elliot, French y Yung*, realizaron un metaanálisis, teniendo en cuenta un total de 17 estudios, que aplicaron intervenciones deportivas (excluyendo el entrenamiento en relajación muscular, yoga, y aquellas actividades deportivas que formaban parte de intervenciones que incluían otras prácticas), en población psicótica. Se concluyó a grandes rasgos que el ejercicio mejoró el riesgo cardiometabólico, y las dificultades funcionales, los síntomas psiquiátricos, así como los desórdenes comórbidos. De hecho, el ejercicio aeróbico era un componente común en todas las intervenciones que mejoraron la salud mental, no encontrándose ninguna modalidad deportiva que fuese superior a otras. Las intervenciones de al menos 90 minutos por semana de ejercicio de moderado a vigoroso, proveyeron beneficios en todos los dominios de salud mental evaluados.

-En un estudio pionero, *Kaltsatou et al.*, (2015) trataron de evaluar los efectos que la práctica de deporte a través de danzas típicas griegas tenía en la mejora de las capacidades funcionales y de calidad de vida en un muestra de 31 participantes que completaron el entrenamiento y fueron evaluados en el período de seguimiento. Dicho programa de entrenamiento tuvo una duración de 8 meses, durante los cuales los participantes, desarrollaban 10 minutos de calentamiento, y posteriormente, 40 minutos en los que eran entrenados en la práctica de esta danza. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental (aquellos que realizaron esta práctica), y control, con el que se compararon los resultados. Se demostraron los efectos favorables que la práctica de deporte, en este caso a través de la danza tuvo tanto en la mejora de la calidad de vida, como en la reducción de la sintomatología psicótica, evaluada a través de la PANSS.

- *Soundy, Roskell, Stubbs, Probst y Vancampfort (2015)* en una revisión de 10 estudios, que incluyeron 5 ensayos, 2 estudios cualitativos y 3 estudios de caso, incluyendo una gran variedad de experiencias deportivas y estrategias de intervención., llevadas a cabo por profesionales de la salud y/o el deporte, y dirigidas hacia pacientes con esquizofrenia. En líneas generales, los estudios conducen a mejoras a nivel físico en el peso y el índice de masa corporal, así como mejoras en los síntomas psiquiátricos evaluados mediante escalas como el PANSS y el BPRS.

- *Wu, Lee, Hsu, Chang, Chen, (2015)* diseñaron un programa de entrenamiento de alta intensidad de 8 semanas de 25 minutos de duración, y 3 días en semana. 20 participantes con esquizofrenia que recibían tratamiento en un centro hospitalario, tomaron parte voluntariamente en el estudio. En los resultados concernientes a las medidas psicológicas se encontró una disminución significativa en la subescala de síntomas negativos y las puntuaciones totales de la escala PANSS, y aunque se observó un ligero incremento en la subescala positiva, éste no fue significativo. Igualmente, se tomaron medidas de depresión y ansiedad a través de las escalas BDI y BAI, respectivamente. En la Escala de Psicopatología general, se observó una mejora en la depresión, el retraso motor, falta de cooperación, mala atención y la evitación social activa compatible con el resultado BDI. Las puntuaciones en la escala BAI también disminuyeron de forma significativa, aunque estos cambios no fueron sensibles a las subescalas de preocupación somática, ansiedad y tensión de la escala PANSS. En líneas generales, los resultados son compatibles con los estudios que confirman que el ejercicio puede mejorar los síntomas negativos, la depresión y la ansiedad.

- *Oertel-Knöchell, et al., (2014)* examinaron los efectos del entrenamiento aeróbico en el rendimiento cognitivo y gravedad de los síntomas en 22 pacientes con trastorno depresivo mayor y 29 pacientes con esquizofrenia. Ambos grupos recibieron una intervención consistente en 12 sesiones, 3 veces a la semana, con una duración cada una de 75 minutos por sesión (30 minutos de entrenamiento cognitivo + 45 min de entrenamiento de relajación cardio entrenamiento / mental). Se encontró un aumento en el rendimiento cognitivo, especialmente visible en los pacientes con esquizofrenia, una disminución en la ansiedad y un aumento en la calidad de vida subjetiva, así como una reducción en la intensidad de los síntomas negativos de pre y post-prueba.

-*Maggouritsa et al.*, (2014) compararon los efectos de un programa de ejercicios en la mejora del perfil del estado de ánimo de 30 pacientes con esquizofrenia, separados en tres grupos de 10 participantes (grupo control, grupo A y grupo B, que además de tratamiento conductual recibieron un programa deportivo de 8 semanas de duración. Se encontró que los participantes del grupo B, mostraron un perfil más vigoroso, menos deprimido, poniéndose de manifiesto las bondades de la práctica deportiva.

-*Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis y Ward* (2014) en un metaanálisis de ensayos clínicos determinaron los efectos de la actividad física en los síntomas depresivos, de esquizofrenia, en medidas antropométricas, la capacidad aeróbica y la calidad de vida, en personas con trastorno mental. Se incluyeron un total de 39 estudios que comprendían programas de ejercicios, consejos de utilidad en el plano deportivo, intervenciones en el estilo de vida, tai-chi o yoga físico, encontrándose que la actividad física redujo los síntomas depresivos, los síntomas de esquizofrenia, además de mejoras significativas a nivel físico (mejoraron las medidas antropométricas, la capacidad aeróbica y la calidad de vida).

- *Scheewe et al.*, (2013a) en un estudio piloto, comprobaron los efectos a nivel físico y psicológico de la práctica deportiva en comparación con la terapia ocupacional en una muestra de 62 participantes con esquizofrenia, que fueron aleatoriamente distribuidos en dos grupos: ejercicio estructurado (31 sujetos) o terapia ocupacional (32 sujetos), recibiendo ambos grupos 2 sesiones semanales de 1 hora de duración de la intervención correspondiente durante 6 meses. El programa deportivo siguió las recomendaciones del Colegio Americano de Medicina Deportiva, aplicando un estricto protocolo por un terapeuta psicomotor especializado en psiquiatría. La terapia ocupacional por su parte, comprendió actividades especializado en psiquiatría. La terapia ocupacional por su parte, comprendió actividades creativas y recreacionales como pintura, lectura y actividades en el ordenador. Los resultados no revelaron diferencias entre ambas intervenciones en lo que a las variables psicológicas se refiere, por lo que el deporte, al igual que ocurriera en la terapia ocupacional, se perfiló como una herramienta eficaz para la reducción de síntomas positivos y negativos (ambos evaluados mediante la escala PANSS), la necesidad de cuidados, así como los síntomas depresivos comórbidos.

-*Nolot y Védie* (2012) a través de tres casos clínicos clarifican algunos aspectos de la relación entre el fútbol y la psicosis. En concreto, sostiene que el día de los partidos de

fútbol, los pacientes se muestran más abiertos y calmados; igualmente, en el caso de ser espectadores, se beneficiaban de un cambio de escenario, más allá de la asepsia y calma del hospital, desarrollándose un nuevo lenguaje más funcional, desarrollándose actitudes de compañerismo y ayuda al otro, teniendo implicaciones no sólo para ellos en su mejora del trastorno, sino también para la sociedad.

-*Takahashi, et al.*, (2012) emplearon una muestra de 13 participantes con esquizofrenia, que fueron sometidos a un programa deportivo de 3 meses de duración, y sus resultados se compararon con los obtenidos por 10 sujetos control. Los resultados relativos al índice de masa corporal y la escala de síndromes positivos y negativos (PANSS) revelaron mejores resultados en el grupo de tratamiento tras la intervención.

- *Gholipour, Abolghasemi, Gholinia, Taheri* (2012) compararon la efectividad en la reducción de los síntomas negativos de la esquizofrenia, de un programa de ejercicio con la terapia de conducta simbólica. Utilizaron una muestra de 45 participantes, que distribuyeron en 3 grupos de 15 personas: un grupo control y dos grupos experimentales. Se tomaron medidas pre y post de la escala de síntomas negativos (SANS). Los resultados muestran la supremacía de la aplicación de la terapia psicológica en la reducción de los síntomas negativos, siendo las diferencias con los demás grupos estadísticamente significativas. Por su parte, el ejercicio mostró ser estadísticamente significativamente más eficaz que la “no intervención” (grupo control) en la mejora de dicha sintomatología.

-*Heggelund, Morken, Helgerud, Nilsberg y Hoff* (2012) en un estudio piloto, trabajaron con 13 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, esquizotipia o trastorno delirante. 6 de estos participantes aleatoriamente tomaron parte de una intervención deportiva, al tiempo que los 7 restantes (grupo control) emplearon este tiempo en jugar a un videojuego. Los resultados, mostraron un incremento en la sintomatología evaluada a través de la escala PANSS en el grupo experimental, aunque dado el tamaño de la muestra, los autores sostienen que no se pueden establecer conclusiones y que estos resultados podrían deberse a variaciones naturales del curso de la esquizofrenia.

-En un estudio de revisión, *Holley, Crone, Tyson y Lowell* (2011), los autores recopilaron los datos relativos a los efectos de la actividad física en el bienestar psicológico, referidos a 15 bases de datos. La revisión quedó conformada por 15 estudios. Todos ellos, incluyeron ejercicio o actividad física, como caminar, hacer footing, ciclismo, natación, actividades de gimnasio, saltar... De forma genérica, se puede concluir

que el ejercicio físico mejoró sus competencias sociales, el bienestar general, autoimagen/autoconcepto percibido, autocompetencia/autoeficacia, autoestima, calidad de vida, a la par que redujo los niveles de ansiedad, tensión, estrés, hostilidad e irritabilidad.

- *Vancampfort et al.*, (2011) en un estudio piloto compararon la eficacia en 40 pacientes con esquizofrenia de una sesión de yoga de 30 minutos, con una sesión de 20 minutos de ejercicio aeróbico en una bicicleta estática y una condición control de “no ejercicio”, donde a los participantes se les invitaba a sentarse durante 20 minutos y se les proporcionó material de lectura. Las variables psicológicas, fueron evaluadas a través del Inventario de Ansiedad Estado (SAI) y la Escala de Experiencias Subjetivas de Ejercicio, que consta de tres subescalas: estrés psicológico, bienestar y fatiga. Dichas escalas se aplicaron después de cada una de las intervenciones. En lo relativo a los resultados, cabe resaltar los efectos de las dos intervenciones en lo relativo al estrés, la ansiedad y el bienestar en comparación con la condición control, no encontrándose diferencias significativas entre el yoga y el ejercicio aeróbico en esta muestra clínica

-*Heggelund, Nilsberg, Hoff, Morken y Helgerud* (2011) establecieron dos grupos de pacientes para observar los efectos positivos, principalmente a nivel cardiovascular que la práctica deportiva aportaba. 12 y 7 pacientes fueron asignados respectivamente a un grupo que desempeñó ejercicios aeróbicos de intensidad o a un grupo “placebo”, que jugaba a videojuegos. La intervención se desarrolló 3 días a la semana, durante 8 semanas. Aunque se encontraron beneficios a nivel físico en el grupo experimental, no se observaron beneficios en los síntomas psicóticos, ni depresivos medidos a través de las escalas PANSS y CDSS.

- *Cerino, Cirulli, Chiarotti, Seripa* (2011) en un estudio con 24 pacientes diagnosticados de esquizofrenia testaron los efectos terapéuticos de la práctica de montar a caballo durante un año. Los resultados que encontraron, apuntan a una mejora de los síntomas negativos (operativizados mediante la puntuación en la BPRS), así como en todos los aspectos contenidos en la escala PANNS, (aunque sin llegar a alcanzar significación clínica), lo que sugieren la necesidad de un programa de rehabilitación más intenso. Igualmente, este tipo de intervenciones parecen favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico, la disminución de la emergencia de intervención y del periodo de hospitalización, con las consiguientes mejoras en la calidad de vida.

-*Gorczynski y Faulkner* (2010) en un artículo de revisión, concluyeron que la actividad física en la población psicótica de manera regular es posible y que conlleva beneficios tanto a nivel físico como psicológicos.

-En un estudio piloto, *Marzolini, Jensen y Melville* (2009) exploraron los efectos de la implementación de un programa de ejercicios aeróbicos en comparación con un grupo en el que aplicaron las intervenciones habituales, ambos con una duración de 90 minutos, 2 veces por semana a lo largo de 3 meses. La muestra quedó constituida por 13 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, de los cuales 7 pasaron por el programa deportivo, y los 6 restantes, recibieron los cuidados usuales, encontrándose una reducción en los síntomas depresivos, además de los consabidos beneficios a nivel físico en el equipo que recibió el programa deportivo.

-En un estudio de caso, *Carless* (2008) analizó el papel que el deporte, en este caso, el atletismo, desempeñó en un paciente con esquizofrenia. A raíz de su diagnóstico, el sujeto se vio obligado a interrumpir esta práctica habitual, suponiendo un añadido a las dificultades del trastorno, la ruptura con uno de sus roles vitales. La tarea del terapeuta consistió en conseguir que el paciente retomase la actividad deportiva, proporcionando ésta múltiples beneficios, como la coherencia en la identidad y el sentido del yo.

-*Carless y Douglas* (2008) en un estudio enfocado desde una perspectiva interpretativa-interaccionista, exploraron el papel que el ejercicio juega en la recuperación del trastorno. Se trabajó con dos sujetos, con un programa de 18 meses de duración que incluyó actividades deportivas, concluyendo que la práctica deportiva regular permitió la recuperación del sentido del yo, contribuyó a la remisión de síntomas psicóticos, al retorno a las actividades valoradas por el sujeto y de la vida cotidiana.

-*Acil, Dogan y Dogan* (2008) aplicaron un programa de ejercicio físico de 10 semanas de duración, con una práctica de 3 días por semana, con el objetivo de comprobar sus efectos en los estados mentales y calidad de vida en 30 pacientes de esquizofrenia, que fueron distribuidos de forma aleatoria, en la condición control y experimental. Los resultados mostraron una reducción de los síntomas psiquiátricos tanto positivos, como negativos, y un incremento en la calidad de vida, evaluados a través del Inventario Breve de Síntomas, la escala de evaluación de síntomas positivos y la escala de evaluación de síntomas negativos, así como la escala de calidad de vida de la OMS.

-*Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra y Gangadhar (2007)* examinaron los efectos de la aplicación de un programa de ejercicios aeróbicos y de fuerza en comparación con un programa de yoga (ambos programas con sesiones de 60 minutos, 5 veces en semana, dirigidas durante el primer mes, seguidos de 3 meses de práctica individual), en una muestra con diagnóstico de esquizofrenia de 20 y 21 sujetos respectivamente. Los resultados a los cuatro meses mostraron una reducción en la sintomatología positiva y negativa, siendo los resultados más favorables en el grupo de yoga. Igualmente, se encontró un mejor funcionamiento social y ocupacional, y una mayor satisfacción en la calidad de vida.

-En un estudio piloto con 10 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, *Beebe, Tian, Morris, Goodwin, Allen y Kuldau (2005)* comprobaron la efectividad de un programa de 16 semanas de duración, consistente en 10 minutos de estiramientos, seguidos de ejercicios en una cinta de una duración que se fue incrementando a lo largo de las semanas, desde los 5 minutos iniciales hasta los 30, para finalizar el entrenamiento con 10 minutos de ejercicios de estiramiento. En comparación con un grupo control que no realizó ejercicio, los participantes mostraron una reducción en los síntomas psiquiátricos medidos por la PANSS, a la par que se redujo de forma significativa la depresión y la ansiedad.

-*Pelletier, Nguyen, Bradley, Johnson y McKay (2005)* trabajaron con 25 sujetos diagnosticados de trastorno mental grave, reclutados de un “clubhouse”, con un diseño simple pre-post test, donde cada sujeto era su propio control. Cada sesión comenzaba con un programa de calentamiento de 30 minutos que incluía ejercicios aeróbicos y de flexibilidad, así como un programa de entrenamiento personalizado para cada sujeto en función de sus preferencias y habilidades. 17 sujetos lograron completar el programa de 16 semanas, encontrándose como resultados principales, mejoras en su funcionamiento físico y vitalidad, así como, en la salud mental percibida, en el funcionamiento social, y en los roles físicos y emocionales.

-*Skrinar, Huxley, Hutchonson, Menninger y Glew, (2005)* trabajaron con 20 participantes, distribuidos en un grupo control (9 sujetos) y grupo experimental (11 sujetos que completaron un programa de entrenamiento de 12 semanas, con 4 sesiones semanales, aunque el número de sesiones que los participantes completaron osciló entre 8 y 48). Para evaluar los posibles cambios en las variables psicológicas se tomaron medidas

pre-post a través de los datos que proporcionaron cuestionarios, que evaluaban sintomatología, calidad de vida y salud. Con respecto al grupo control, el grupo experimental mostró cambios positivos en lo relativo a la salud percibida, y al empoderamiento. Aunque estas fueron las únicas diferencias significativas que se encontraron, el grupo experimental se encontraron además cambios positivos en lo relativo a la depresión y a la calidad de vida.

-*Fogarty y Happell (2005)* implementaron un programa deportivo de tres meses de duración, en 6 pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los resultados en líneas generales, aunque no especifican los beneficios emocionales y psicológicos, apuntan hacia un incremento en la motivación y disfrute de aquellas actividades en las que estaban involucrados. Los autores sugieren la inclusión de este tipo de actividades en las intervenciones terapéuticas.

-En un estudio con 8 sujetos, *Iancu et al., (2004)* organizaron una competición de tenis de mesa en el contexto hospitalario. Dicho estudio recoge las impresiones de los participantes, estableciéndose en líneas generales que la práctica de actividades deportivas podría influenciar la motivación de los pacientes para comprometerse en su propio proceso de recuperación, a la par que mejora sus habilidades sociales, entre otros beneficios, siendo más efectiva que otro tipo de prácticas terapéuticas.

-*Carter y Morris (2003)* incluyeron a 3 individuos con esquizofrenia en un equipo de fútbol que formó parte de un proyecto terapéutico para pacientes con trastorno mental. Dicho proyecto ofrecía a los participantes la oportunidad de poder establecer relaciones sociales con otros en el contexto de una actividad normalizada, subrayando la importancia de acceder a una identidad positiva de sí mismo, y la asistencia con los síntomas positivos, y propició el bienestar social. Se señalan como barreras importantes para la participación activa los efectos secundarios de la medicación.

Discusión

En comparación con la población general, los trastornos físicos derivados de problemas cardiovasculares y el sobrepeso son más frecuentes en la población esquizofrénica, quien se ve expuesta a más factores de riesgo como consecuencia del estilo

de vida. De hecho, sobradamente se ha constatado una mayor tasa de prevalencia en lo relativo a problemas somáticos, así como una menor esperanza de vida.

Aunque en la presente revisión se ha puesto de manifiesto los numerosos efectos beneficiosos que la práctica deportiva provoca en el alivio de la sintomatología psicótica, así como en el bienestar y calidad de vida en general (por no hablar de los ya sobradamente conocidos efectos positivos a nivel físico), desgraciadamente, en los últimos años los estudios acerca del tópico han sido bastante escasos (Richardson, Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson, y Piette, 2005), estando la literatura disponible sobre el tópico bastante anticuada. De hecho, en los últimos 15 años, aunque los estudios que suponen la implantación de actividad física en pacientes con esquizofrenia no son escasos en lo que se refiere al estudio de los beneficios a nivel fisiológico, y principalmente motivados por los problemas cardiovasculares y las altas tasas de sedentarismo en esta población, sólo hemos encontrado 28 artículos que se interesen por la temática analizando el impacto de la práctica deportiva en lo que a nivel psicológico se refiere. Dado que estamos ante un trastorno cuyos síntomas se exacerban particularmente en caso de estrés y ansiedad, y las dificultades que tienen los pacientes en hacer frente a esto, dado su repertorio relativamente escaso de estrategias de afrontamiento, el deporte podría ser una actividad alternativa para aliviar o hacer frente a los síntomas psiquiátricos y a los estados afectivos desagradables, alternativa más saludable que otras recurrentes como el uso de alcohol, la nicotina o drogas ilegales, de beneficio limitado.

En líneas generales, parece confirmarse la eficacia de la práctica deportiva en lo relativo al alivio de los síntomas negativos de la esquizofrenia, y como una estrategia de afrontamiento de los síntomas positivos. Igualmente, es una oportunidad valiosa para trabajar las interacciones sociales, (Carless y Douglas, 2004; Carter-Morris y Faulkner, 2003; Fogarty y Happell, 2005), pudiendo transformarse en una poderosa herramienta de integración, al aprovechar este tipo de prácticas como una situación ideal para que la persona pueda introducirse en un contexto normalizado en una actividad lúdica, atractiva, en la que ejerce nuevos roles, con valores como la cooperación o el espíritu de equipo y la deportividad, entre otros, yendo en cualquier caso en dirección favorable hacia la lucha contra el estigma que rodea a este tipo de trastornos. De hecho, la práctica de deporte de equipo se asocia fuertemente con el desarrollo de un sentido de identidad y pertenencia, confianza y apoyo social (Corretti, Martini, Greco y Marchetti, 2011 a través de los cuales

atacar la vulnerabilidad que obstaculiza la participación (Soundy, Benson, Dawes, Smith, Collett y Meaney, 2012).

Parece por tanto, difícil de justificar estas lagunas en la literatura en lo que se refiere a la escasez de estudios e intervenciones de este tipo. Entre las cuestiones que dificultan la realización de diseños de investigación tradicionales, se encuentran que la modalidad preferida por los usuarios es altamente personalizada, teniendo en cualquier caso la variabilidad en el funcionamiento, en la motivación debida a la presencia de sintomatología negativa y depresiva, así como a las atribuciones relativas a la falta de competencia en estas actividades (Vancampfort et al., 2011a) o la farmacología de referencia de cada paciente, lo que complica el diseño de programas atractivos para la aplicación en grupo. Igualmente, podríamos encontrar condiciones comórbidas que afecten la respuesta al ejercicio (Beebe et al., 2005), problemas de adherencia y motivación o de apoyo social, una historia previa deportiva insatisfactoria, los efectos secundarios de los fármacos psicotrópicos (aumento de peso, alteraciones motoras, fatiga) una posible disponibilidad limitada de instalaciones deportivas o a una equipación adecuada, así como el costo asociado con el acceso a las instalaciones, (Vancampfort, Stubbs, Ward, Teasdale y Rosenbaum, 2015) sin olvidar las dificultades de favorecer la implementación de este tipo de actividades en contextos hospitalarios o ambulatorios.

Sería necesaria la sensibilización de los familiares y profesionales sanitarios y la coordinación entre los servicios de salud mental y los de Atención Primaria que atienden a cada paciente para promover cambios en los estilos de vida, comenzando por sesiones breves incrementando gradualmente su intensidad, así como adaptando estas prácticas al nivel de competencia de los pacientes, proporcionando las instrucciones adecuadas y suficientes y en cualquier caso, proporcionando contingencias de reforzamiento (Vancampfort et al., 2012d). Intervenciones de este tipo serían también recomendables desde el punto de vista económico, dada su rentabilidad si se tiene en cuenta el enorme potencial que la terapia deportiva acarrea, no sólo para los pacientes con este tipo de trastornos, sino también para el caso de otras patologías como la depresión o la ansiedad.

De este modo, el ejercicio como herramienta complementaria a la intervención psicológica para optimizar sus efectos, podría ser un buen instrumento para la mejora a nivel físico y cognitivo (Weinberg y Gould, 2010), poniendo en práctica una definición de terapia deportiva que integre componentes funcionales, psicológicos y sociales.

Referencias

- Abdel-Baki A, Brazzini-Poisson V, Marois F, Letendre T, Karelis AD (2013). Effects of aerobic interval training on metabolic complications and cardiorespiratory fitness in young adults with psychotic disorders: a pilot study. *Schizophrenia Research* 149, 112–115.
- Acil, A. A., Dogan, S. y Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 808–815.
- Allison, D.B., Mentore, J.L., Heo, M., Chandler, L.P, Cappelleri, J.C., Infante, M.C. y Weiden, P.J. (1999). Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1686-1696.
- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil De Montes, L., Irazusta, S., Romero, S. y Cecchini, J. A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físicodeportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8(30), 171-183.
- Beebe, L.H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S.S. y Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 26,661-676.
- Biondi, R. F. (2007). La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas. *Alcmeón*, 14(2), 82-89.
- Blumenthal, J.A., Emery, C.F., Madden, D.J., Schniebolck, S., Walsh-Riddle, M., George, L. K., McKee, D.C., Higginbotham, M.B., Cobb, F.K. y Coleman, R.E. (1991). Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and women. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*, 46(6), 352-361.
- Brown, J.D. y Siegel, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7(4), 341-353.
- Carles, D. (2008). Narrative, identity, and recovery from serious mental illness: A life history of a runner. *Quality Research Psychology*, 5, 233-248.

- Carless, D. y Douglas, K. (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Mental Health Promotion*, 3(4), 26- 39.
- Carless, D. y Douglas, K. (2008). The role of sport and exercise in recovery from serious mental illness: two case studies. *International Journal of Men's Health*,
- Carter-Morris, P. y Faulkner, G. (2003). A football project for service users: The role of football in reducing social exclusion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2, 24-30.
- Cecchini, J.A., Montero, J. y Peña V. (2003). Repercusiones del Programa de Intervención para Desarrollar la Responsabilidad Personal y Social sobre los comportamientos de fair-play y el auto-control. *Psicothema*, 15, 631-637.
- Cerino, S., Cirulli, F., Chiarott, F. y Seripa, S. (2011). Non conventional psychiatric rehabilitation in schizophrenia using therapeutic riding: the FISE multicentre pindar project. *Ann Ist Super Sanita*, 47, 409-14.
- Corretti, G., Martini, C., Greco, P.L. y Marchetti, F.P. (2011). Sport in psychiatric rehabilitation: A tool in pre-acute, post-acute and chronic phase. *International Journal of Clinical Medicine*, 2,568-569.
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U. y May, A. (2004). Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training. *Nature*, 427, 311-312.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H.R. y Gangadhar, B.N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia – a randomized controlled trial. Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia – a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 226-232.
- Edwards, D.J., Edwards, S.D. y Basson, C.J. (2004). Psychological well-being and physical self-esteem in sport and exercise. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(1), 25–32.
- Faulkner, G. (2005). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. En G. Faulkner y A. Taylor (ed.), *Exercise, Health, and Mental Health: Emerging Relationships* (pp.27-47). Routledge: London.

- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. y Yung, A.R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343–1361.
- Fogarty, M. y Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study. *Issues in mental health nursing*, 26, 341-51.
- Gauvin, L. y Spence, J.C. (1996). Physical Activity and Psychological Well-being: Knowledge Base, Current Issues, and Caveats. *Nutrition Reviews* 54(4), 53-65.
- Gholipour A, Abolghasemi SH, Gholinia K, Taheri S (2012). Token reinforcement therapeutic approach is more effective than exercise for controlling negative symptoms of schizophrenic patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Preventive Medicine* 3, 466–470.
- Gorcynski P, Faulkner G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36,665–666.
- Heggelund, J., Nilsberg, G.E., Hoff, J., Morken, G. y Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 269–275.
- Heggelund, J., Morken, G., Helgerud, J. y Nilsberg, G. E. (2012). Therapeutic effects of maximal strength training on walking efficiency in patients with schizophrenia. *BMC Research Notes*, 5, 344-351.
- Holley, J., Crone, D., Tyson, P. y Lowell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 84–105
- Iancu, I., Strous R.D., Nevo, N. y Chelben, J.A. (2004). Table Tennis Tournament in the Psychiatric Hospital: description and suggestion for salutogenic implications. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 9,11.
- Kaltsatou, A., Kouidi,E., Fountoulakis, K., Sipka,C., Theochari, V., Kandylis, y Deligiannis, A. (2015). Effects of exercise training with traditional dancing on functional capacity and quality of life in patients with schizophrenia: a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation* 2015, 29(9), 882–891.

- Maggouritsa, G., Kokaridas, D., Theodorakis, I., Patsiaouras, A., Mouzas, O., Dimitrakopoulos, S. y Diggelidis, N. (2014). The effect of a physical activity programme on improving mood profile of patients with schizophrenia. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(3), 273-284.
- Martín-Sierra, A., Vancampfort, D., Probst, M., Bobes, J., Maurissen, K., Sweers, K., De Schepper, E. y De Hert, M. (2011). Walking capacity is associated with health related quality of life and physical activity level in patients with schizophrenia: a preliminary report. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 211–216.
- Marzolini, S., Jensen, B. y Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: a multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 29-36.
- Masand, P.S., Blackburn, G.L., Ganguli, R., Goldman, L.S., Gorman, J., Greenberg, I., et al. (1999). Masand, P.S., Blackburn, G.L., Ganguli, R., Goldman, L.S., Gorman, J. y Greenberg, I. (1999). Weight gain associated with the use of antipsychotic medications. *Journal of Psychiatry Audiograph Series 2*.
- Netz, Y., Wu, M.J., Becker, N.J. y Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.
- Nolot, F. y Védie, C. (2012). Football and psychosis. *The Psychiatrist*, 36, 307-309.
- Oertel-Knöchel, V., Mehler, P., Thiel, C., Steinbrecher, K., Malchow, B., Tesky, V., Ademmer, K., Prvulovic, D., Banzer, W., Zopf, Y., Schmitt, A. y Hänsel, F. (2014). Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(7), 589-604.
- Pelletier, J.R., Nguyen, M., Bradley, K., Johnson, M. y McKay, C. (2005). A study of a structured exercise program with members of an ICCD Certified Clubhouse: Program design, benefits, and implications for feasibility. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (2), 89-96.
- Ramírez Silva, W., Vinaccia Alpi, S. y Ramón Suárez, G. (2004) El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico. *Revista de estudios sociales*, 18, 67-76.

- Richardson, C.R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G.S., Hutchinson, D.S. y Piette, J.D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Rosenbaum,S., Tiedemann,A., Sherrington, C., Curtis, J. y Ward, P.B. (2014). Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials was conducted. *Clinical Psychiatry*, 75(9), 964–974.
- Rossi Wosiack, R. M., Becker Junior, B. y Lancho Alonso, J. L. (2007). *La terapia corporal como contexto de desarrollo de la resiliencia: Un estudio con adolescentes en situación de riesgo*. Barcelona: Tulio Guterman.
- Skrinar, G.S., Huxley, N.A., Hutchonson, D.S., Menninger, E. y Glew, P. (2005). The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (2),122-127.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. y Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 111-120.
- Soundy, A., Benson, J., Dawes, H., Smith, B., Collett. J. y Meaney, A. (2012). Understanding hope in patients with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy* 98(4), 344–50
- Soundy,A., Roskell, C., Stubbs,B., Probst, M. y Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatria Danubina*, 27, 2-13.
- Takahashi,H., Sassa, T., Shibuya, T., Kato, M., Koeda,M., Murai, T.,Matsuura,M., Asai,K., Suhara,T. y Okubo Y. (2012). *Effects of sports participation on psychiatric symptoms and brain activations during sports observation in schizophrenia*. *Translational Psychiatry*, 2:e96.
- Umbricht, D.S., Pollack, S. y Kane, J.M. (1994). Clozapina and weight gain. *Clinical Journal of Psychiatry*, 55,157-160.

- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. y Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S. , Maurissen, K. y Probst, M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 33(8), 684–689.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., De Hert, M. (2011a) Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 423–430.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Skjaerven, L.H., Gyllensten, A.L., Parker, A., Mulders, N., Nyboe, L., Spencer, F. y Probst, M. (2012d). International Organization of Physical Therapy in Mental Health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 1-12.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P.B. y Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 169,453-457.
- Weinberg, S. y Gould, D. (2010). *Fundamentos de Psicología del Deporte y el Ejercicio Físico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Wu, M.H., Lee, C.P., Hsu, S.C., Chang, C.M. y Chen, C.Y. (2015). Effectiveness of high-intensity interval training on the mental and physical health of people with chronic schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1255–1263.

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DEPORTE DE LA
FUNDACIÓN C.V. STOS. ANDRÉS, SANTIAGO Y MIGUEL. LA EXPERIENCIA
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, LIGA “FUNSASM” DE FÚTBOL SALA Y
OTRAS INICIATIVAS DEPORTIVAS**

David Marqués Azcona

*Terapeuta Ocupacional de la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel, Sueca
(Valencia)*

tarsoto@yahoo.es

Resumen

La liga “FUNSASM” pro salud mental es un proyecto deportivo que usa el fútbol como herramienta para favorecer la inclusión social de la personas con enfermedad mental. Para muchos de los participantes en la liga, el fútbol es la única ocupación que desarrollan y que tiene significado. Una de estas ocupaciones satisfactorias y significativas puede ser la práctica de una actividad deportiva. La práctica deportiva puede ayudar a la personas con enfermedad mental a mejorar su calidad de vida. Una ocupación deportiva normalizada y significativa tiene el potencial de guiar a las personas hacia el logro, el éxito y la satisfacción. Entre los deporte más populares del mundo se encuentra el fútbol. En lo últimos años ha habido un gran énfasis en el uso del fútbol como herramienta terapéutica complementaria en el tratamiento de las personas con enfermedad mental. La práctica de fútbol puede proporcionar beneficios positivos en personas con problemas de salud mental graves como la esquizofrenia; estos beneficios están relacionados con el logro, el optimismo y la esperanza de conseguir un gol.

Palabras clave: fútbol, terapia ocupacional, enfermedad mental, recuperación

Introducción

La Fundación C.V. Santos Andrés, Santiago y Miguel, es una entidad sin ánimo de lucro que se constituye como tal en abril de 2001, con carácter de asistencia social, y con el objetivo de abordar la atención socio-sanitaria, recuperación y residencia de las personas con enfermedad mental crónica.

Fruto de este proyecto, en octubre de 2004 abren sus puertas dos recursos rehabilitadores en la localidad de Sueca: el Centro Específico para Personas con Enfermedad Mental Crónica (CEEM) y el Centro de Día (CdD). Estos recursos están subvencionados por la *Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives* de la Comunidad Valenciana y su titularidad pertenece a la Fundación sin ánimo de lucro de la Comunidad Valenciana Santos Andrés, Santiago y Miguel de Sueca.

Desde nuestro inicio la perspectiva de trabajo, ha sido puramente rehabilitadora persiguiendo como fin, fomentar la adquisición y/o recuperación en las personas con enfermedad mental, de aquellas habilidades y competencias necesarias para reintegrarse en la comunidad, de manera que puedan mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles.

Por ello a lo largo del tiempo, la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel ha luchado por conseguir otros recursos destinados a la atención de personas con enfermedad mental, con el objetivo de facilitar la inclusión en su medio social, favorecer la autonomía y mejorar su calidad de vida.

Estos recursos son:

- Centro de Formación Ocupacional en 2006
- Vivienda Tutelada Supervisada para mujeres en 2009
- Vivienda Tutelada Supervisada para hombres en 2011

Justificación

La actividad física tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves a través de dos vías, mediante la mejora de la salud física y mediante la mitigación de discapacidad psiquiátrica y social. Actualmente, el sedentarismo es una característica muy común en la población con trastornos mentales

severos. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Ussher, Stanbury, Cheeseman y Faulkner (2007) se constataba cómo los usuarios de los recursos de salud mental, en comparación con la población general, realizan menor actividad física e informan de muy poca confianza en su capacidad de ejercicio, además muestran bajos niveles de apoyo social y motivación para la realización del mismo.

En este sentido, La Alliance on Mental Illness (NAMI), organización de salud mental más importante de los EE.UU, destaca que una de las principales virtudes que tienen los programas deportivos es que todas las personas tienen la oportunidad de socializarse, tener actividades recreativas y entablar relaciones con sus semejantes, siendo éste uno de los requisitos principales que han de tener estos programas de rehabilitación. (Ozcorta, Martínez, y García, 2011)

Por estos motivos, la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel considera importante diseñar estrategias que puedan mejorar la actividad física, que ayude a los usuarios a mantener un mejor estado físico, una mayor integración social y bienestar personal.

Los inicios de la Liga “FUNSASM”: Origen y dificultades

Los inicios del proyecto de la liga de fútbol sala “*FUNSASM*” se remontan al año 2009, por aquel entonces anualmente organizábamos un campeonato de fútbol 7 en el que participaban varios recursos de atención a personas con enfermedad mental de Valencia.

En estos encuentros se fue fraguando la idea de organizar una liga de fútbol sala para personas con enfermedad mental. Son los propios usuarios los que demandan la creación de un espacio de práctica deportiva regular. Se quejaban de que solo jugaban “en serio” una vez al año, de que solo entrenando no mejoraban, que necesitan competir para ver su nivel, que es más emocionante jugar contra otros “centros” etc. En definitiva demandas propias de cualquier persona que le gusta practicar deporte. Sus propios testimonios hablan por sí solos de normalización, inclusión social y participación comunitaria. La ilusión que muestran los usuarios durante estos primeros campeonatos de fútbol, contagia a los diferentes profesionales que los acompañan durante la práctica deportiva.

Con este caldo de cultivo en el año 2010 se constituye la primera edición de la liga de fútbol sala “FUNSASM” de la Comunidad Valenciana. Organizada y gestionada por la Fundación de la Comunidad Valenciana Stos. Andrés, Santiago y Miguel de Sueca.

La evolución de proyecto ha sido meteórica ya que hemos pasado de participar 8 equipos y atender a 80 usuarios en la primera edición a la participación actual de 22 equipos y a la atención de 220 usuarios (Ver figura. 1).

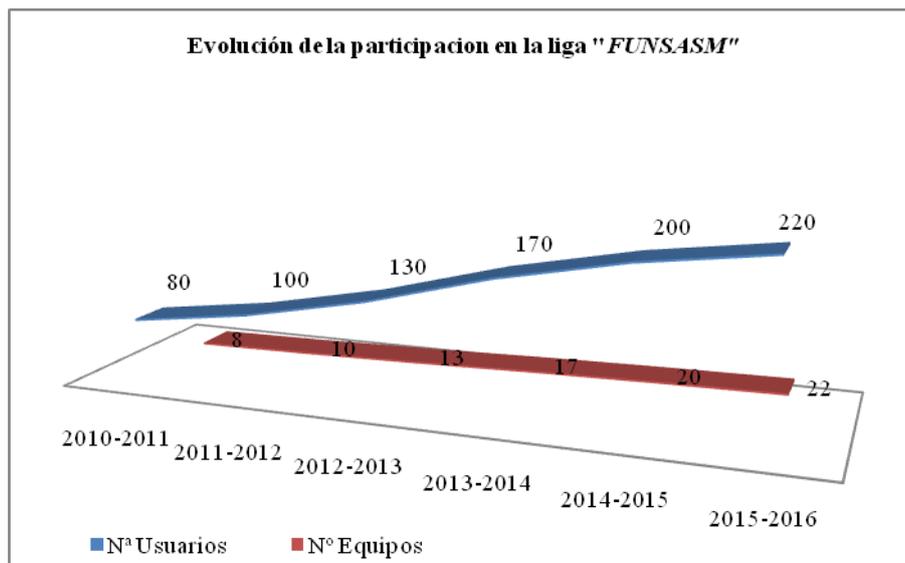


Figura nº1

Fuente: Elaboración propia

No todo ha sido un camino de rosas los inicios son duros y más empezar un proyecto con personas con enfermedad mental y sus problemas de participación “socioeconómicos-comunitarios” como me gusta definirlos.

Uno de los principales problemas con los que nos encontramos al inicio fue con el coste de los desplazamientos. Nuestra intención a la hora de planificar la liga era que los partidos se disputaran semanalmente, pero existían usuarios que no podían permitirse pagar el transporte público todas las semanas. En los dispositivos de atención residencial con transporte propio nos surgía otro problema, no podían desplazarse todas las semanas porque la “furgoneta del centro” se necesita para otras cosas.

Ante este panorama optamos de mutuo acuerdo con el resto de recursos jugar los partidos una vez al mes. Aún creyendo que es insuficiente y que lo ideal para potenciar la práctica deportiva regular y aumentar la participación comunitaria es jugar todas la semanas.

A parte de este contratiempo no hemos tenido grandes dificultades que no tengan otros proyectos similares. En la actualidad nuestro principal problema es que no disponemos de recursos económicos suficientes para costear aspectos tan fundamentales para el buen funcionamiento de una liga de fútbol como son: pagar los arbitrajes, contratar seguros de accidentes exclusivos para los jugadores de la liga, contar con soportes de gestión digital de datos, costear trofeos, equipaciones, actividades paralelas de convivencia, sponsor.....Estos recursos ayudarían sin duda a promocionar la actividad física y el deporte en contextos comunitarios y normalizados.

En nuestra liga esta carencia de recursos se suple con la sobre implicación de aquellos profesionales que creen que la práctica deportiva para las personas con problemas graves de salud mental supone el ejercicio de un derecho ciudadano, ofrece nuevas oportunidades para la recuperación, y sin lugar a dudas constituye una estrategia eficaz para ofrecer una imagen positiva y desterrar creencias erróneas sobre este grupo de personas.

Llegados a este punto no sé si la solución a estos problemas sería la unión de las entidades en asociaciones o agrupaciones sociodeportivas y la creación de clubs deportivos con el objetivo de facilitar la búsqueda de fuentes de financiación. Son muchos los colectivos que reciben ayudas y subvenciones por parte de organismos públicos para la práctica de deporte. En la Comunidad Valenciana existen federaciones deportivas como FEDDI (Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Intelectual) o FESA (Federación de Deportes Adaptados de la Comunidad Valenciana). Por desgracia las personas con enfermedad mental a pesar de ser personas con discapacidad no pueden acceder a este tipo subvenciones, ni tampoco federarse para poder practicar deportes adaptados lo que dificulta gravemente el acceso a estancias deportivas, clubs deportivos y deportes federados.

Lo que sí tenemos claro desde la liga “*FUNSASM*” es que iniciativas como la nuestra necesitan de apoyo económico para ayudar a plena recuperación e integración de los usuarios a los que atendemos.

Liga de fútbol sala “FUNSASM” objetivos, funcionamiento y organización del campeonato liguero



La actividad física y el deporte, han sido empleados en la intervención con poblaciones de riesgo, basando dicha intervención en la promoción de valores sociales y personales

(Jiménez, 2007) siendo constatado como el máximo agente de reinserción social de nuestro país, que describe al deporte como una de las actividades a llevar a cabo para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Así mismo, la actividad física fortalece al paciente en su proceso de rehabilitación por la relación de afectividad que se establece entre el profesional y los pacientes (Biondi, 2007).

Objetivos:

a. Objetivo general

- Promover la inclusión social de las personas con discapacidad a través del deporte.

b. Objetivos específicos

- Promover, el intercambio de experiencias sobre estrategias eficaces para promover la participación social de las personas con discapacidad a través del deporte.
- Fomentar actividades deportivas con personas con Trastorno Mental Grave como instrumento para la recuperación, la integración y la lucha contra el estigma.
- Contribuir al desarrollo integral y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia consecutiva a un trastorno mental grave.

Funcionamiento y organización del campeonato liguero.

La liga de fútbol sala está formada por 22 equipos de fútbol pertenecientes a distintos recursos que atienden a personas con enfermedad mental de la provincia de Valencia y dan cobertura a más de 220 usuarios. La fase regular de Liga FUNSASM. Se realizará entre los meses de septiembre y mayo

Desarrollo del campeonato

Hay dos divisiones, 1º división y 2ª división. En cada división se producen enfrentamientos a partido único.

VIII Copa de la liga “FUNSASM” Intercentros

Se realizará un sorteo único con todos los equipos de ambas divisiones mezclados, quedando determinados todos los cruces en el mismo sorteo hasta la final.

El funcionamiento de la copa de liga es a partido único, e irán pasando de ronda en función de quién vaya ganando los partidos hasta la final. Si los partidos terminan en empate habrá una tanda de tres penaltis, a excepción de la final que tendrá un tiempo extra de diez minutos.

Sistema: Eliminatorias a un solo partido, los emparejamientos se decidirán por sorteo.

Tabla 1: Equipos participantes

Liga “FUNSASM” 1ª división	Liga “FUNSASM” 2ª división
1. Centro Rehabilitación Museo	1. CEEM de Xeraco
2. Menstopia- San Lorenzo	2. Centro BuendiaAlberic
3. General Barroso	3. CRIS de Velluters
4. C.R.I.S. y C.D. de ACOVA	4. CEEM de Betera
5. A.F. Catarroja	5. AFEMPES paterna
6. Onteniente	6. CEEM la Rascanya
7. Cris y Cd de la Safor-Gandia	7. AsociacionNEXE Malvatrueno
8. Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel	8. Asociación Albero Artesanos Aldaia
9. Gerisan	9. CEEM Cumbres de Calicanto
10. AsiguerVistabella	10. CEEM Abadia
11. Fuente de San Luis	11. Balcon de la Safor

II Copa Antiestigma “FUNSASM” SUECA

El funcionamiento de la II Copa Antiestigma *FUNSASM* es a partido único. Finalizada la liga regular, se disputa la II Copa Antiestigma, enfrentándose los equipos de ambas ligas en función de la clasificación obtenida en sus respectivas ligas. Los partidos durarán 20 minutos repartidos en dos partes de 10 minutos con un descanso de 5 minutos

de duración. Tendrán un tiempo muerto 1 de duración. La final la disputará el primer clasificado de la liga de 1ª división contra el primer clasificado de la liga de 2ª división. El resto de clasificados jugarán sus partidos entre ellos según la clasificación obtenida en su respectivas ligas.

Recursos materiales, humanos y económicos para el desarrollo del campeonato

La liga “*FUNSASM*” de fútbol sala es gestionada íntegramente por el personal de la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel. Los recursos humanos con los que cuenta actualmente la liga “*FUNSASM*” son:

- 1 Terapeuta Ocupacional: Contratado a jornada completa, por la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel donde desempeña funciones propias de terapia ocupacional en los recursos de la entidad. Como actividad complementaria decida un tiempo de su jornada laboral a la coordinación de la liga “*FUNSASM*”.
- 1 Monitor-Educador: Contratado a jornada completa, por la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel donde desempeña funciones propias de su titulación en el Centro de Día de la entidad. Como actividad complementaria decida un tiempo de su jornada laboral a la gestión y actualización de las clasificaciones en la página web y es el responsable del buen funcionamiento de los partidos en materia de arbitrajes, provisión de materiales, e infraestructura.
- Responsable de equipo: Son aquellos profesionales ajenos a la entidad organizadora, que se responsabilizan del equipo de fútbol de cada recurso. Su función principal es comunicar a la organización de la Liga “*FUNSASM*” resultados, aplazamientos o cualquier otra incidencia.

En relación a los recursos económicos nuestra liga no cuenta con ninguna fuente de financiación directa. Podríamos hablar de financiación indirecta, por hablar de algo. El personal que gestiona la liga (terapeuta ocupacional y monitor-educador) está contratado por la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel cuyos recursos están subvencionados por la *Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives* de la Comunidad Valenciana. O lo que es lo mismo la liga “*FUNSASM*” es un proyecto gestionado y financiado por la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel que ofrece un servicio de gestión gratuito al resto de recursos de Valencia que participan en la liga.

Los recursos materiales con los que cuenta la liga son:

- Web de la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel: Dentro de la web www.fundacionsasm.org contamos con un apartado para la gestión de las clasificaciones, palmares, reglamento....
- Ordenador.
- Material deportivo: Petos, balones, silbato.
- Dos Pabellones Deportivos. Podemos hacer uso de ellos una vez al mes en las localidades de Sueca y Paterna.
- Una furgoneta.

Participación de los recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Autónoma en el campeonato liguero

Como ya he mencionado en apartados anteriores la liga “*FUNSASM*” la componen 22 equipos pertenecientes a diferentes recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Valenciana. La tipología de los recursos es variada, participan recursos de atención residencial, centros de día, asociaciones de familiares, centros de rehabilitación e integración psicosocial y unidades de salud mental.

La participación de los recursos en el campeonato liguero se basa en el compromiso de asistencia regular a liga, y en comunicar a la entidad organizadora los resultados e incidencias que puedan surgir durante la disputa de la liga. Anualmente se celebra una asamblea a la que asisten los responsables de los equipos de fútbol de los diferentes recursos. Las funciones de esta asamblea son realizar un balance de la liga y planificar la próxima temporada.

Participación del usuario en el campeonato liguero y aspectos que promueven su autonomía

La participación del usuario en la organización y planificación de la liga es una de nuestras asignaturas pendientes. Actualmente los usuarios que participan en liga de fútbol tan solo se limitan a jugar los partidos.

Desde la organización estamos trabajando en líneas de mejora relacionadas con este aspecto. Algunas de estas propuestas que potencien la participación de los usuarios en la liga son:

1. Nombrar un usuario responsable de cada equipo que participe en la asamblea anual.
2. Nombrar un usuario por equipo que se encargue del arbitraje de partidos.
3. La creación de un equipo de fútbol sala gestionado exclusivamente por usuarios que participen en liga normalizada.
4. La creación de equipo mixto de profesionales y usuarios que participen en ligas normalizadas.

Acciones desde la propia liga dirigidas a reducir el estigma

La organización de la liga de fútbol sala “FUNSASM” apuesta porque nuestro trabajo debe ir más allá de la organización de un campeonato liguero, ya que vemos necesario no solo aumentar la difusión social de nuestro proyecto sino también trabajar más activamente contra el estigma.

Según el diccionario, estigma quiere decir desdoro, afrenta, mala fama. Si bien la definición más aceptada por todos es la elaborada por Goffman (1963) quien considera al estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (Arnaiz, 2006).

¿Cómo podemos luchar contra el estigma?

1. Protesta. La protesta, que tiene una alta eficacia a corto plazo, se suele aplicar para hacer frente a declaraciones públicas o reportajes de medios de comunicación que puedan ser estigmatizantes. Como estrategia de reacción puede ayudar a reducir el comportamiento público estigmatizador, pero es menos probable que sea eficaz en la promoción de actitudes positivas nuevas.
2. Educación. Se busca reducir el estigma a través de la información, se suelen utilizar diversos medios, como por ejemplo libros, películas, videos, campañas dirigidas a cambiar actitudes sociales hacia las personas con enfermedad mental, cursos de formación, etc. Un ejemplo son las campañas de concienciación para

reducir el estigma en contra de las personas, que están llevando a cabo diferentes asociaciones.

3. Contacto. Es una estrategia que puede reducir bruscamente los estereotipos de la sociedad. Este medio suele utilizarse en combinación con la educación. De ese modo la eficacia en la lucha contra el estigma se ve fortalecida. Hay varios factores que crean un entorno ventajoso para el contacto interpersonal y la reducción del estigma. Esto incluye la igualdad de status entre los participantes, una interacción cooperativa así como el apoyo institucional para la iniciativa del contacto (Arnaiz, 2006).

La liga “FUNSASM” apuesta por estas estrategias y por la visibilidad social como herramientas para luchar contra el estigma. A continuación pueden verse algunas de las estrategias que utilizamos en la liga para luchar contra el estigma:

- Colaboración con entidades de gran visibilidad social. Intentamos contar en nuestras ceremonias de entrega de premios con personajes relevantes del mundo del deporte. Por ejemplo contamos con la presencia del ex-jugador internacional Ricardo Penella Arias, popularmente conocido como “Arias” (Imagen 1).



Imagen 1

- Asistimos a actividades relacionadas con el mundo del deporte en entornos comunitarios (Imagen 2).

- Presentamos nuestro proyecto a entidades relacionadas con el mundo del fútbol. Por ejemplo hemos mantenidos reuniones con miembros del Valencia C.F.
- Difundimos todas nuestras actividades en medios de comunicación, mas-media, prensa.... con objetivo de que se conozca y aumente nuestra visibilidad social (imagen 3).
- Hemos participado en ligas normalizadas municipales compartiendo experiencia con la gente más cercana a nosotros.



Imagen 2



Imagen 3

También fomentamos en los usuarios una serie de acontecimientos sociales relacionados con el deporte, y facilitar así la inclusión social, ya sea a través de un ámbito concreto o de combinación de éstos. Básicamente, se trata de realizar con ellos visitas a

centros deportivos, asistir a partidos de diferentes deportes de equipo, desde categorías inferiores hasta máxima o submáxima de distintas disciplinas deportivas, actos sociales relacionados o derivados de la práctica deportiva, entre otras actividades.

Otras iniciativas deportivas desarrolladas por la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel

Los programas deportivos son una herramienta complementaria a la psicología y a la psiquiatría, es la actividad física y deportiva un método para contribuir a una mejora en la situación de las personas con enfermedad mental tanto a nivel físico como cognitivo (Weinberg y Gould, 2010).

Por estos motivos, nuestra entidad considera importante diseñar estrategias que puedan mejorar la actividad física, que ayude a los usuarios a mantener un mejor estado físico, una mayor integración social y bienestar personal.

A parte de nuestra liga de fútbol la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel desarrolla otras iniciativas deportivas vinculadas al programa de promoción de la salud y deporte. Estas actividades son:

Programa de Promoción de la Salud y Deporte:

Las personas con TMG presentan con frecuencia sobrepeso y obesidad, así como mayores tasas que la población general de hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes, enfermedad coronaria, cerebro vascular y enfermedades respiratorias, entre otras.

La estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS del año 2004 recomienda que las personas se mantengan físicamente activas durante toda la vida.

La información científica de las últimas décadas demuestra claramente que existe una relación positiva y benéfica entre la actividad física y la salud. Los datos epidemiológicos prueban que la actividad física desempeña un papel importante en la prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (Matsudo y Matsudo, 2006).

Algunos estudios afirman que las personas con TMG suelen conocer los riesgos,

aunque en muchas ocasiones no se preocupen lo suficientemente de ellos, por lo que habrá que desarrollar actuaciones para reducir los factores de riesgo modificables. (Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud y bienestar social, 2012).

Para luchar contra los estilos de vida poco saludables de los trastornos mentales graves *“es necesario que se desarrollen intervenciones para cambiar efectivamente los hábitos dietéticos y de actividad de los pacientes psiquiátricos para reducir la ingesta calórica e incrementar la actividad física”* (Buckley, 2009).

A lo largo del tiempo, hemos detectado que, la mayoría de los usuarios que ingresan en nuestro CEEM (Centro Específico de Personas con Enfermedad Mental), presentan un IMC inadecuado, un nivel de actividad física bajo y unos hábitos alimenticios poco saludables. Esto supone un problema importante debido a la afectación sobre su salud física, psicológica y repercusión sobre su imagen corporal. Ante este problema, el equipo multidisciplinar ha puesto en marcha diferentes estrategias de intervención englobadas dentro de un programa de dieta equilibrada y actividad física.

Ante esta situación y la importancia que tiene la actividad física y el deporte en el tratamiento de la personas con enfermedad mental, la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel deciden analizar si su programa de promoción de la salud y deporte es efectivo y repercute positivamente en la salud de sus usuarios.

Método

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y longitudinal que comprende el periodo entre diciembre de 2012 y diciembre de 2014. La población de estudio la componen 33 usuarios de nuestro CEEM.

De manera general, el principal objetivo del estudio es evaluar los efectos del programa de dieta equilibrada y actividad física diaria en el CEEM (Centro Específico de Personas con Enfermedad Mental) de la Fundación C.V. Stos. Andrés, Santiago y Miguel.

De manera específica:

- Conocer el perfil y estudiar las variables socio-demográficas de los usuarios.

- Analizar las relaciones entre la variable dependiente, Índice de Masa Corporal (IMC) y diferentes variables independientes (sexo, enfermedades orgánicas, consumo de tabaco, tipo de dieta, tipo de actividad física, tratamiento farmacológico y tratamiento con depot (tratamiento inyectable)

Las fuentes para la recogida de datos utilizadas fueron las siguientes:

Fuentes Secundarias: Historia Clínica, Base de datos de la Fundación Stos. Andrés, Santiago y Miguel.

Fuentes Primarias: Tabla de control de peso de los usuarios de CEEM.

El análisis estadístico de los datos ha sido trabajado con el programa spss 20, utilizando el cálculo de los estadísticos descriptivos, la prueba de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov, la verificación de la homocedasticidad mediante Levene, pruebas *t* (muestras relacionadas) para “sexo”, “consumo de tabaco”, “tratamiento farmacológico”, “tipo de actividad física” y “tratamiento depot” y pruebas de Wilcoxon para “tipo de dieta” y “tipo de enfermedad”.

Muestra

Conforme a las características recogidas en la tabla 2.

Procedimiento

El menú se caracteriza por la ausencia por completo de los alimentos rebozados, grasas, fritos y productos de pastelería (postres con carga de azúcares refinados). Antes del inicio del programa los usuarios son clasificados en 3 grupos de dieta dependiendo de su IMC registrado, así: A los usuarios con IMC que supera valores de normopeso, se les incluye en **dieta hipocalórica** (dieta con aporte de entre 2.000 y 2.500 kcal diarias), y en **dieta hipocalórica estricta** (igual que la anterior además no pueden tomar dulces, chuches, bebidas azucaradas etc, con aporte de entre 1.500 y 2.000 kcal diarias) , a los usuarios con IMC con valores de normopeso, se les incluye en **dieta normal** (dieta con aporte de entre 2.500 y 3.000 kcal diarias), y a los usuarios con IMC inferior a valores de normopeso, se les incluye en **dieta hipercalórica**(dieta con aporte superior a 3.000 kcal diarias).

Tabla 2: Frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas categóricas

<i>Variable</i>	<i>Niveles</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Género	Mujeres	15	58,00
	Hombres	18	42,00
Enfermedad orgánica	Sanos	24	72,70
	Diabetes	3	9,1
	Hipertensión Arterial	3	9,1
	E. Coronarias	3	9,1
Dieta	Hipocalórica	15	45,5
	Normal	10	30,3
	Hipercalórica	4	12,1
	Hipocalórica estricta	3	9,1
Actividad física	Deporte	15	45,5
	Paseo	18	54,5
Tratamiento Farmacológico	Anti psicóticos Típicos	9	27,3
	Anti psicóticos Atípicos	24	72,7
Tratamiento Depot	Con tratamiento depot	18	54,5
	Sin tratamiento depot	15	45,4
Consumo de Tabaco	Fuma	23	69,7
	No fuma	10	30,3

Actividad Física: Se clasificó a los usuarios en dos grupos: a los usuarios con IMC que supera valores de normopeso, se les incluye en el *tipo actividad física de paseo diario* y los usuarios con IMC con valores iguales e inferiores a normopeso se les incluye en el *tipo de actividad física deporte diario*.

Estas actividades las realiza el monitor del CEEM bajo la supervisión y coordinación del terapeuta ocupacional.

Se dividen en dos modalidades:

A. Actividad de Deporte Diaria:

Horario: Una sesión diaria, de 45 minutos de duración.

Lugar: Dependiendo de la actividad, de la época del año y de los intereses de los pacientes, la localización varía, utilizando las instalaciones del mismo CEEM, pistas deportivas del Ayuntamiento de Sueca....

Personal responsable: Departamentos de Terapia Ocupacional- Enfermería. Dinamiza el monitor de turno al que se le asigne el grupo de actividad de deporte diaria.

Usuarios participantes:

Participan aquellos usuarios que no participan en el grupo de paseo.

Estructura de las sesiones:

1. Calentamiento: 7 minutos de ejercicios a baja intensidad, acompañados de estiramientos de los grupos musculares que se trabajan en la parte de mayor esfuerzo.

2. Periodo principal de actividad: al menos 30 minutos de ejercicios seleccionados, con las características de duración e intensidad recomendadas. Hay que tener presente aspectos físicos como el grado de sobrepeso o algún tipo de minusvalía que pueda entorpecer la movilidad o limitar la actividad física de algún paciente. En esta parte incluimos ejercicios de trabajo de fuerza (isométricos, tonificación con pesas), ejercicios de flexibilidad (estiramientos, movimientos básicos.....), ejercicios aeróbicos (con implicación cardiovascular como Aeróbic, juegos tradicionales,...), ejercicios de resistencia (saltos, carrera continua, relevos, caminatas,...), circuitos de combinación de ejercicios y deportes (hockey, bádminton, baloncesto, natación)

3. Vuelta a la calma: 7 minutos de reducción progresiva del ejercicio para retornar gradualmente a la situación de reposo.

4. Incluimos estiramientos de los grupos musculares trabajados.

B. Grupo de Paseo:

Horario: Una sesión diaria, de 45 minutos de duración.

Lugar: Paseo diario por los exteriores del CEEM.

Personal responsable: Departamentos de Terapia Ocupacional- Enfermería. Dinamiza el monitor de turno al que se le asigne el grupo de actividad de paseo.

Usuarios participantes:

Participan aquellos usuarios que no participan en el grupo de actividad física diaria.

Estructura de las sesiones:

1. Periodo principal de actividad: Al menos 45 minutos de paseo continuado seleccionados, con las características de duración e intensidad recomendadas.

Resultados

¿Disminuye el IMC tras el tratamiento? Prueba t para grupos relacionados en función de diferentes variables (Ver Tabla nº 3)

Se detectaron diferencias significativas a favor del post-test en los chicos, chicas, en paseo (pero no, deporte), en los fumadores y no fumadores, en el tipo de tratamiento farmacológico, en los sujetos con antipsicóticos atípicos (pero no en típicos) y en los sujetos que reciben tratamiento depot (pero no en los que no tratamiento depot)

Tabla 3: Contrastes entre medias relacionados (pre-post)

<i>IMC</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>DM</i>
Muestra total	4.074	32	1.45***
Mujeres	3.426	17	1.23**
Hombres	2.578	14	1.70*
Deporte	1.901	14	1.11
Paseo	3.944	17	1.73**
Fumador	2.734	22	1.06*
No fumador	3.240	9	2.35*
AntipsicóticosTípicos	0.791	8	0.58
AntipsicóticosAtípicos	4.507	23	1.77***
Sí Trat. Depot.	3.889	17	1.58**
No Trat- Depot	1.681	13	1.02

*p <.05; **p<.01; ***p<.001

¿Existen diferencias significativas en el IMC de los sujetos en función la dieta recibida en el post-test? (Ver descriptivos en Tabla nº 4 y resultados en Tabla nº 5). Se detectaron diferencias significativas a favor del post -test en IMC únicamente para los sujetos sometidos a dieta hipocalórica.

Tabla 4: Estadísticos Básicos para cada tipo de dieta e IMC

	<i>Hipocalórica</i>		<i>Normal</i>		<i>Hipercalórica</i>		<i>Hipocalórica Estricta</i>	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
N	15	15	10	10	4	4	3	3
M	29,80	29,79	24,23	23,14	23,82	21,87	39,89	35,09
DT	2,95	2,95	3,01	2,42	4,08	3,54	3,73	5,37

Tabla 5: Pruebas de Wilcoxon post- pre para cada tipo de dieta (IMC)

	<i>Clasificación sujetos según IMC</i>			
	Hipocalórica	Normal	Hipercalórica	Hipocalórica estricta
Z	-2,385*	-1,682	-1,826	-1,604
DM	-.91	-1,09	-1,957	-4,796

*p<.05; DM = diferencia de medias

¿Existen diferencias significativas en el IMC de los sujetos en función de su tipo de enfermedad en el post-test? (Ver descriptivos en Tabla nº 6 y resultados en Tabla nº 7). Se detectaron diferencias significativas a favor del post -test en IMC únicamente para los sujetos sanos.

Conclusiones

El programa de dieta y actividad física se ha mostrado con éxito a la hora de reducir el IMC tanto en la muestra total como en cada uno de los sexos e independientemente de si el sujeto fumaba o no. Respecto a la ingesta de antipsicóticos, sólo ha habido una reducción significativa del IMC en los sujetos que tomaban antipsicóticos atípicos. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos se asocian con un aumento de peso significativamente mayor comparado con los antipsicóticos típicos (Nunes, Eskinazi, Rockett, Delgado, y Perry, 2014).

Tabla 6: Estadísticos básicos para cada categoría de la variable enfermedad

	<i>Sanos</i>		<i>Diabetes</i>		<i>Hipertensos</i>		<i>Coronarias</i>	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
N	24	24	3	3	3	3	3	3
M	28,23	26,61	26,26	25,28	36,80	35,71	24,46	23,61
DT	4,52	4,22	5,76	4,66	8,93	4,31	5,02	3,91

Tabla 7: Pruebas de Wilcoxon post- pre para cada categoría de la variable enfermedad (IMC)

	Sanos	Diabetes	Hipertensos	Coronarias
Z	-3,971*	-1,069	-.535	-1,069
DM	-1,63	-.97	-1.09	-.85

*p<.05; DM = diferencia de medias

En relación con el tipo de actividad física, sólo hay una reducción significativa en los sujetos de la categoría “paseo”. La actividad física es un factor importante de control

de peso y que las guías nacionales e internacionales recomiendan que los adultos realicen por lo menos 30 minutos de actividad física de “intensidad moderada” (por ejemplo una caminata) (Foster, Hillsdon, Thorogood, Kaur, y Wedatilake, 2005). Respecto al tipo de tratamiento “depot” solo hay una reducción significativa en los sujetos de la categoría “si tratamiento depot”.

A pesar de los buenos resultados, como futuro objetivo del programa, deberíamos plantearnos ver cómo influye el ejercicio físico en otras variables como el estigma, auto estigma, la autoestima y sintomatología tanto positiva como negativa.

La intervención con personas con enfermedad mental debe considerar que, desde una perspectiva rehabilitadora, la visión integral y longitudinal de la atención implica tener también en cuenta el estado de salud física, ya que ésta va a repercutir en la calidad de vida y en las posibilidades de recuperación e integración social. En muchas de las actividades relacionadas con la rehabilitación debemos tener en cuenta el estado físico de los pacientes: deportes, trabajo, habilidades domésticas, higiene y auto cuidados etc. (Sánchez-Araña, Torralba, Montoya, Gómez y Touriño, 2010).

Aunque la organización de la práctica deportiva para personas con trastornos mentales graves ha ganado un importante impulso en los países de nuestro entorno, todavía se tratan de experiencias limitadas y con una orientación muy desigual.

Referencias

- Arnaiz, A (2006). “Estigma y enfermedad mental”. Norte de Salud Mental. nº 26, pp. 49-59.
- Biondi, R. F. (2007). La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabitación a las drogas. Alcmeón, 14(2), 82-89.
- Buckley, P. (2009). Visión clínica en esquizofrenia: consideraciones sobre la comorbilidad médica en esquizofrenia. *RET: revista de toxicomanías*, (56), (p.5).
- Foster C, Hillsdon M, Thorogood M, KaurS, Wedatilake T. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews (2005). Issue 1. Art. No.: CD003180

- López de Lemus Ruiz, M. (2015). Mejora del bienestar físico de personas con trastorno mental grave a través de un programa de actividad física.
- Matsudo S. M. y Matsudo V. R. (2006). Nutrición y vida activa: del conocimiento a la acción, Organización Panamericana de la Salud, 612, p. 156.
- Nunes, D., Eskinazi, B., Rockett, F. C., Delgado, V. B., & Perry, I. D. S. (2014). Estado nutricional, ingesta alimentaria y riesgo de enfermedad cardiovascular en individuos con esquizofrenia en el sur de Brasil: estudio de casos-controles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 72-79.
- Ozcorta, E. J. F., Martínez, J. G., y García, C. M. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 6(1), 113-132.
- Sánchez-Araña.T, Torralba. M^a L, Montoya. M^a J, Gómez M^a.C y Touriño. R, (2010). Capítulo 11. Evaluación de la Salud Física y el Estilo de Vida en las Personas con Trastorno Mental Grave. En Fernández, J., Touriño, R., Benítez, N., y Abelleira, C. (2010). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. (p.149). Valladolid FEARP.
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., y Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 58(3), 405-408.
- Weinberg, R. S. y Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico* (4^a edición). Barcelona: Ariel.

**COMPETENCIAS LABORALES EN EL DEPORTE:
JÓVENES Y ADULTOS CON CAPACIDADES DIVERSAS EN CONTEXTOS NO
FORMALES**

Teresa Orihuela Villameriel, Gustavo Martín Villarejo, Laura Virginia Sánchez García y
Pablo Martínez Fernández

Atención a la Diversidad, Fundación INTRAS

Resumen

Fundación INTRAS (Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales) ha percibido la alta demanda de práctica deportiva por parte de los jóvenes y adultos que asisten a sus recursos de atención directa. Por eso, se ha regulado su práctica con el Club Deportivo Duero, observando que la versatilidad de deportes practicados en espacios comunitarios no formales, propicia una serie de beneficios cognitivos, emocionales, físicos y sociales en los participantes. Debido a esa motivación, se está vinculando su práctica hacia la adquisición y/o refuerzo de las siguientes competencias transversales a todo puesto de trabajo: orientación al resultado, atención al cliente, responsabilidad, trabajo en equipo y flexibilidad. Que benefician a la persona en una dimensión “nueva” u olvidada para ellos, la inserción laboral. Estas competencias se han evaluado, semanal y mensualmente, durante nueve meses por medio de la elaboración de una serie de indicadores.

Palabras clave: INTRAS, salud mental, C.D. Duero, capacidades diversas, competencias transversales, inserción laboral

Introducción

Fundación INTRAS, Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales, es una organización que tiene como objetivo atender a personas con enfermedad mental, problemas emocionales y dificultades de aprendizaje en su recuperación psicosocial, atendiendo a sus necesidades e intereses.

INTRAS apoya y promueve el enfoque de recuperación, *Recovery*, donde se valora el trabajo de recuperación de la persona, desde sus intereses y necesidades para empoderarla (Suriá, 2013) y crear unas expectativas, que ayuden a construir un proyecto de vida (Boardman, Shepherd, y Slade, 2008).

Este proceso de recuperación, va relacionado al desarrollo comunitario de la persona, como ciudadano en un contexto cultural y social (Farkas, 2007 y Saavedra, 2011), donde se favorece una conexión con la persona, permitiendo conocer sus potencialidades desde una perspectiva integral (Brown y Kandirikirira, 2007).

Este paradigma se apoya en diversas actuaciones y varía dependiendo de cada persona y del contexto; pero se pueden determinar tres acciones generales que acompañan al proceso (Mezzina et al., 2006): “Estando allí”, que consiste en estar al lado de la persona y acompañarla en su desarrollo. Para “Hacer más”, al ayudar a despertar sus curiosidades. Y poder “Hacer algo diferente” que favorezca su proceso de recuperación y construcción de un proyecto de vida (García, Pimienta y Tobón, 2010).

Debido a ello, el acompañamiento de un grupo multidisciplinar de profesionales es la clave para que se produzcan estas actuaciones (Saavedra, 2011 y Cosme, 2013). Todo esto junto a una amplia variedad de ofertas, que permitan desarrollar la curiosidad, la creatividad y las expectativas de la persona (Nelson, 2010 y Bang y Stolkiner, 2013); adaptando los programas de intervención a las demandas.

Fundación INTRAS, constató el interés por practicar actividad física, mediante las demandas de los jóvenes y adultos que acuden a sus recursos educativos, laborales y/o asistenciales; y conociendo los beneficios de la misma en la salud mental durante todo el ciclo vital (Cruz-Sánchez, Martínez-Santos, Moreno-Contreras y Pino-Ortega, 2011), se reguló su práctica mediante el Club Deportivo Duero.

Su filosofía consiste en fomentar la actividad física en red, con entidades relacionadas con el ámbito de la actividad física y el deporte, desde diferentes puntos de

actuación en espacios comunitarios, favoreciendo las adaptaciones oportunas con la perspectiva de su retirada paulatina a medida que la persona adquiere mayor autonomía. (Guillén, Muñoz, y Pérez-Santos, 2013).

Esta filosofía coincide y se fundamenta con la Estrategia Europea y Nacional 2010-2020 (Comisión Europea, 2010) donde se promueve la mejora de la salud mental de los ciudadanos, por medio, de entre otras medidas, de la actividad física. Y más concretamente con el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, de la Junta de Castilla y León y de los Servicios Sociales 2016-2020 (Junta de Castilla y León, 2016); donde se establece unos ejes estratégicos favorecedores del desarrollo biopsicosocial de las personas, dando importancia a la práctica regular de actividad física y a la mejora de la inserción laboral.

Fundación INTRAS está vinculando la actividad física a la mejora y/o adquisición de las competencias de la persona, como una estrategia favorecedora de su inserción laboral (Piat y Sabetti, 2011). En este sentido, algunos de los profesionales responsables del área laboral también están inmersos en la gestión y desarrollo del Club Deportivo, con la finalidad de continuar trabajando con los deportistas desde otras líneas de actuación (educación formal: programas de formación reglada, educación no formal: Club Deportivo y educación informal: eventos deportivos) (Amado, García, Leo, Sánchez Miguel y Sánchez Oliva, 2012 y Bang y Stolkner 2013).

Método

El objetivo de la investigación es conocer el grado de adquisición de las competencias transversales a todo puesto de trabajo que se están desarrollando y afianzando por medio de la práctica deportiva en los miembros del Club Deportivo Duero.

Este trabajo se ha realizado desde el método de investigación-acción, a través de la observación sistematizada de los datos obtenidos, mediante hojas de registro semanales y mensuales e individualizadas (Valles, 2000 y Gubber, 2001).

La elección de las competencias que se han investigado, se argumentan en base al Proyecto Forward. Dicho estudio ha establecido una evaluación de competencias para colectivos en riesgo de exclusión social, con el objetivo de demostrar las aptitudes y actitudes para su inclusión socio laboral. (Camarasa y Sales, 2013).

Desde el club deportivo se han elaborado cinco competencias con un componente transversal a todos los puestos de trabajo. Siendo las siguientes: responsabilidad, orientación al resultado, flexibilidad, trabajo en equipo y atención al cliente. (Piat y Sabetti, 2011). De cada una de esas competencias, se han creado una serie de indicadores, vinculados a la actividad física, que son necesarios para demostrar su adquisición y posteriormente observar su posible transferencia al mercado laboral (Jurado y Olmos, 2010). En la tabla 1 se recogen los indicadores creados para cada competencia.

Tabla 1: Elaboración propia según la propuesta del Proyecto Forward (Camarasa y Sales 2013)

Competencia	Descripción
1. Responsabilidad	1.1 Acuden a los entrenamientos y eventos justificando las ausencias con razones significativas 1.2 Siempre asisten con toda la indumentaria deportiva. 1.3 Son puntuales, siempre asistiendo antes de tiempo a los entrenamientos y a las convocatorias 1.4 Se anticipan y piden el horario de actividades del nuevo mes antes de que termine el anterior
2. Orientación al resultado	2.1 Se preocupan por mejorar sus habilidades y marcas deportivas de cara a la competición 2.2 Ejecutan acciones bajo presión en diferentes eventos deportivos 2.3 Superan sus frustraciones personales/deportivas, aplicando las estrategias necesarias con apoyo 2.4 Actúan con un comportamiento deportivo adecuado, dentro y fuera, independientemente del resultado
3. Flexibilidad	3.1 Asisten y se desplazan a practicar actividad física en diferentes espacios deportivos 3.2 Se adaptan y participan en diferentes actividades deportivas. 3.3 Aceptan las modificaciones de horario, lugar, profesional, material, condiciones meteorológicas, etc.
4. Trabajo en equipo	4.1 Colaboran y se adaptan a las necesidades del grupo/deporte. 4.2 Comparten el protagonismo, aceptando su rol dentro de un grupo. 4.3 Se preocupan por sus compañeros, apoyándoles siempre que sea necesario, etc.
5. Atención al cliente	5.1 Respetan las normas de juego, preocupándose por la integridad propia, de sus compañeros y adversarios 5.2 Utilizan un vocabulario adecuado para expresarse, dependiendo de la persona a la que se dirige 5.3 Comprenden los mensajes verbales y no verbales transmitidos por los profesionales, compañeros y adversarios 5.4 Interiorizan los mensajes recibidos 5.5 Aplican los mensajes recibidos en el tiempo acordado.

La población con la que se ha trabajado está formada por 42 deportistas con edades comprendidas entre los 17 y los 60 años con capacidades diversas, mayoritariamente con problemas de salud mental, que les motiva la práctica deportiva. Debido a la vinculación de los profesionales de orientación e inserción sociolaboral, se conocía los hábitos sedentarios y el desaprovechamiento de un ocio activo de todos los deportistas. Esto había desencadenado en un deterioro de sus competencias transversales, impidiendo su participación activa en la sociedad.

Todos ellos han participado en el estudio de forma voluntaria. Cada deportista ha sido evaluado durante la temporada 2015-2016 y se han registrado los resultados de forma individualizada, valorando las actividades y los eventos deportivos en los que ha participado.

A continuación se recoge una tabla con una hoja de registro mensual de los deportistas en la que se observan las competencias adquiridas. En la columna de la izquierda aparecen los 42 deportistas, y en las filas se van recogiendo las diferentes competencias evaluadas junto con sus indicadores correspondientes, los cuales tienen la misma ponderación. Los indicadores aparecen explicados en la tabla 2. Las equis indican la adquisición de esas competencias en cada uno de los sujetos.

Resultados

Los resultados observados en cada una de las competencias son los siguientes:

En la competencia de responsabilidad, un 90% de los deportistas presentan un alto grado de responsabilidad frente a un 10 % que han ofrecido una actuación irregular, atendiendo a varios factores: como los cambios meteorológicos, estados de ánimo, situaciones de incompatibilidad laboral y/o personal.

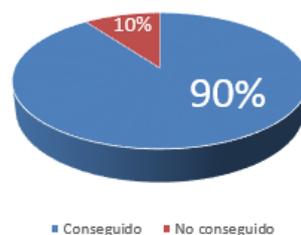


Gráfico 1: Competencia de responsabilidad

Tabla 2: Registro mensual de las competencias. Elaboración propia a partir de las propuestas deValles, (2000) y Gubber (2001)

	1.Responsabilidad				2.Orientación al resultado				3.Flexibilidad			4.Trabajo en equipo			5.Atención al cliente				
	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
1	X	X	X		X			X		X	X		X	X	X	X			
2	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X			
3	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
6		X	X					X		X		X	X	X	X	X			
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8			X		X		X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	X	X	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X	X			
14	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
16		X		X				X						X	X	X			
17	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
18	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
21	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X				
22	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
27	X	X	X	X	X					X		X		X	X	X			
28	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X	X	X			
29	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30	X	X	X	X	X			X	X	X		X		X	X				
31	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
32		X		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			
33	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
34	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
35	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
36	X	X	X	X	X			X		X		X		X	X	X			
37	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X			
38		X			X		X	X		X			X	X	X	X			
39		X			X			X	X	X			X		X				
40	X	X	X	X		X		X	X	X	X			X	X	X			
41	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
42	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X

En la competencia de orientación al resultado, un 72 % de los deportistas han actuado correctamente bajo cierto grado de presión frente a un 28 % que se ha dejado influir por el ambiente deportivo, por la inseguridad a la hora de la toma de decisiones y por una comodidad personal.

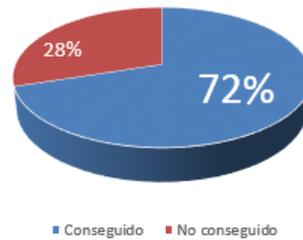


Gráfico 2: Competencia de orientación al resultado

En la competencia de flexibilidad, un 85 % de los deportistas han aceptado los cambios de espacios deportivos, de actividades y las modificaciones de horario, meteorológicas, etc. frente a un 15 %, que prefieren una rutina en sus hábitos deportivos.

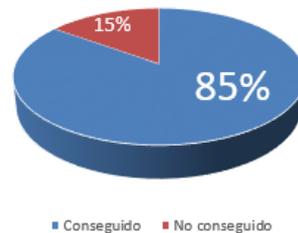


Gráfico 3: Competencia de flexibilidad

En la competencia de trabajo en equipo, un 90 % de los deportistas se ha adaptado a sus compañeros y ha ampliado su red social colaborando con los participantes, frente a un 10 % que prefiere realizar actividad física de forma más individualizada.

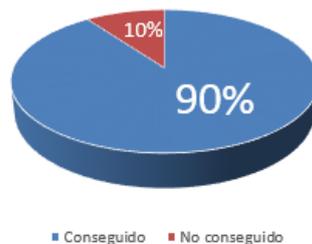


Gráfico 4: Competencia de trabajo en equipo

En la competencia de atención al cliente, un 60% de los deportistas han ampliado su red social interactuando con todas las personas implicadas y comunicándose de forma eficiente, frente a un 40 % que tiene dificultades en la expresión oral y prefiere desenvolverse en círculos más reducidos y selectivos.

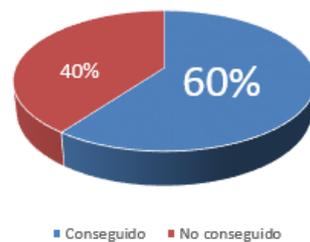


Gráfico 5: Competencia de atención al cliente

Conclusiones

Se está demostrando que la actividad física proporciona y/o refuerza una serie de competencias que ayudan en la recuperación e inserción socio laboral de las personas que la practican (Cruz, Marqués y Sousa, 2013; Huete, 2013). Este estudio quiere fomentar más experiencias reales que promuevan la práctica de actividad física y que demuestren una relación con la adquisición y reforzamiento de las competencias transversales, favorecedoras de la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental. (Cueto y Rodríguez 2013).

Los resultados obtenidos han sido bastante satisfactorios, aunque ha sido una intervención corta en el tiempo y con una muestra reducida de deportistas. Los mayores logros se han observado en las competencias de responsabilidad, flexibilidad y trabajo en equipo; donde los deportistas han demostrado, que si algo es de su interés, las expectativas de éxito son elevadas. Los resultados a mejorar son los referentes a la competencia de atención al cliente debido a las dificultades de comunicación oral y escrita que tiene este colectivo.

En este trabajo se puede inferir que aquellos deportistas que han demostrado una puntuación elevada en todas las competencias; son personas que si encuentran un trabajo que les motiva y se adapta a sus intereses, pueden ser responsables, colaborar en equipo,

cumplir con unos objetivos, interactuar con las personas y adaptarse a los cambios laborales con supervisión. También se puede extraer, que una persona no necesariamente tiene que demostrar todas las competencias para poder desempeñar un puesto de trabajo; siempre que la competencia no adquirida, no sea relevante en el puesto que ocupa.

Las posibles líneas de intervención futuras que se plantean son:

- Continuar revisando los resultados a medio y largo plazo.
- Mantener las competencias adquiridas y mejorar las que aún están en desarrollo.
- Ampliar la muestra, las modalidades deportivas, los espacios comunitarios y las colaboraciones con otras entidades formativas, deportivas y laborales.
- Hacer partícipes a los deportistas de la gestión del club, asignándoles funciones más allá de la práctica deportiva.

Para finalizar, es necesario tener en cuenta las dificultades de acceso al mercado laboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental. De ahí, la gran importancia de que los profesionales que trabajan con este colectivo, desarrollen una serie de estrategias de inserción socio laboral, a lo largo de todo el proceso de recuperación personal. Como puede ser la desarrollada en este trabajo de investigación (Lips, Mascayano y Moreno, 2013).

Referencias

- Amado Alonso, D., García Calvo, T., Leo Marcos, F.M., Sánchez Miguel P.A. y Sánchez Oliva, D. (2012). Análisis del grado de diversión e intención de persistencia en jóvenes deportistas desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 7-13. Recuperado de <http://www.rpd-online.com/article/view/895/819>
- Bang, C. & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696604>

- Bang, C. (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. 3, 242-245. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/258.pdf>
- Bang, C. (2011). *Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental*. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones 18, 331- 338. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar>
- Bang, C. (2012). *El juego en el espacio público y la participación comunitaria: una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad*. *Lúdicamente*, 2, 1-20. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/ludicamente/article/view/1781>
- Bang, C. (2014). *Community strategies in mental health promotion: Constructing a conceptual framework for approaching complex psychosocial problems*. *Psicoperspectivas*, 13(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Boardman, J., Shepherd, G., y Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Brown, W. y Kandirikirira, N., (2007). *Recovering Mental Health in Scotland*. Glasgow: Scottish Recovery Network. Recuperado de http://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2008/03/Recovering_mental_health_in_Scotland_2007.pdf
- CamarasaCasals, M. y Sales Gutiérrez, L. (2013). *Un enfoque de competencias para la mejora de la inclusión social de las mujeres migradas*. Fundació Surt. Recuperado de http://forwardproject.eu/wp-content/uploads/2013/11/TOOLBOX_FORWARD_ES-FE_ERR.pdf
- Comisión Europea (2010). *Europa 2020: Una estrategia para el desarrollo inteligente, sostenible e integrador*. Bruselas (Diario Oficial de la Unión Europea, 3 de marzo de 2010). Consultado en http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/eu2020/em0028_es.htm

- Cosme Sánchez, A. (2013). La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. *Norte de salud mental*, 11(45), 33-39.
- Cruz, F., Marques, M. y Sousa, C. (2013). Estrategias para la enseñanza de competencias de vida a través del deporte en jóvenes en riesgo de exclusión social. *Apunts, educación física y deporte*, 2(112), 63-71. Recuperado de <http://www.revista-apunts.com/es/hemeroteca?article=1592>
- Cruz-Sánchez, E., Martínez-Santos, R., Moreno-Contreras, M.I., y Pino-Ortega, J. (2011). Leisure time physical activity and its relationships with some mental health indicators in Spain through the National Health Survey. *Salud Mental*, 34(1).
- Cueto, B. y Rodríguez V. (2013). El trabajo de las personas con discapacidad ante la crisis. *Revista Internacional de Organizaciones*, 11, 61–86.
- Farkas, M. (2007). *Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención*. Madrid: Grupo Web CRL de Ventas.
- García Fraile, J.A., Pimienta Prieto, J.H. y Tobón, S. (2010). *Aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson.
- García-Pérez, O. (2013). Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertos a la comunidad. *Revista Interuniversitaria*, 22, 126-136.
- Garrido, C., González, M. y Hernández, M. (2008). *Buscando la reconstrucción personal, retomando el control de la propia vida. Un diseño para favorecer procesos de “recovery” y “empowerment”*. *Informaciones Psiquiátricas*, 194, 379-392.
- Gubber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma. Recuperado de http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45450/mod_resource/content/1/7-Guber%20Rosana%20-%20La%20Etnografia.PDF
- Guillén, A.I., Muñoz, M. y Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 10-19. Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Ana_Guillen2/publication/259946420_La_lucha_contra_el_estigma_de_la_enfermedad_mental_razones_para_la_esperanza/links/0deec52eb5f93c3446000000.pdf

Huete García, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista Española de Discapacidad*, 1(2). Recuperado de: <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/62>.

Junta de Castilla y León (2016). *Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado de http://www.jcyl.es/junta/cp/Plan_Estrategico_GA_SSSS.pdf

Jurado de los Santos, P. y Olmos Rueda, P. (2010). *Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo. Un modelo de orientación para la inserción = Guidance processes for social and labour integration of persons with special*. Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía, 21(1). Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11515>

Lips Castro, W., Mascayano Tapia, F. y Moreno Aguilera, J.M. (2013). Strategies of employability in population with mental disabilities: a review. *Salud Mental*, 36(1).

Mezzina, R., & et., al. (2006). *Social nature of recovery: discussion and implications for practice*. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Philadelphia, v.9, p.63-80.

Nelson, G. (2010). Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVII, 4,123-146.

Piat M. y Sabetti J. (2011). *Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada*. International Encyclopedia of Rehabilitation.

Saavedra Macias, F. J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: Explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *Saúde-Manguinhos*, 18(1), 121- 139.

- Suriá Martínez, R. (2013). Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *RACO*, 43(3). Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/272076>
- Urbina (2010). Methodology for the work performance evaluation in the health sector. *Revista Cubana Salud Pública*, 36(2).
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis. Recuperado de <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigacic3b3n-social-1999.pdf>

EL VALOR DE LOS PROGRAMAS DEPORTIVOS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA COMO AGENTES DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS MENORES INFRACTORES

Juan Miguel Fernández-Campoy, José Manuel Aguilar-Parra, José Javier Lorenzo-Torrecillas y Darío Salguero

Universidad de Almería

jfc105@ual.es

Resumen

Las sociedades del momento suelen recurrir, en un intento de encauzar y facilitar el desarrollo del proceso de reinserción social de los menores infractores, al empleo de un amplio abanico de programas y estrategias con las que intentan prevenir la aparición de las conductas delictivas o, en el caso de que éstas se lleguen a desarrollar, intervenir para reconducirlas hacia otro tipo de conductas sociales mucho más aceptadas y reconocidas por los entramados sociales. Entre estos programas y estrategias de intervención que se vienen desarrollando e implementando, en los últimos tiempos la comunidad científica comienza a destacar y a aceptar los enormes beneficios derivados de trabajar con estos menores programas deportivos y de actividad física, siendo los más destacados la adquisición de un amplio repertorio de valores personales y sociales (empatía, solidaridad, tolerancia, cooperación, sacrificio, autoestima, autocontrol, etc.) que acaban facilitando su plena integración en las estructuras sociales. Para realizar buenas investigaciones dentro de este ámbito, por tanto, resulta de vital importancia determinar todas aquellas variables y factores que conforman y dan sentido a este tipo de programas deportivos y de actividad física. Por lo tanto, en el presente estudio se analizan los principales trabajos desarrollados sobre la temática objeto de estudio, con la intención de analizar y describir los distintos factores y variables que están presentes en los programas deportivos y de actividad física, así como los más destacados beneficios que pueden reportar a los menores infractores que se acaben convirtiendo en usuarios habituales de los mismos. De esta manera, es posible

delimitar la base de la que habrán de partir las sucesivas investigaciones y programas que traten de gestionar el proceso de reinserción social de los menores infractores.

Palabras Clave: Menores infractores, programas deportivos y de actividad física, reinserción social, entorno social y comunitario, educación, revisión.

Objetivos

Descubrir aquellos elementos y factores que el conocimiento científico suele atribuir a los programas deportivos y de actividad física, en relación a su capacidad como vehículos de transmisión de valores para la no violencia y la agresividad.

Analizar aquellos rasgos y factores que suelen estar presentes en los más destacados programas deportivos y de actividad física que en la actualidad se vienen diseñando e implementando para prevenir e intervenir ante el desarrollo de las conductas delictivas e ilícitas que pueden llegar a aparecer durante las etapas de la infancia y la adolescencia.

Desarrollo del tema

Desde hace varias décadas las sociedades de los países desarrollados vienen asistiendo, con gran preocupación y estupor, a un importante incremento de las actividades delictivas o ilícitas, que tienen como principales protagonistas a individuos que se encuentran en las etapas evolutivas de la infancia y la adolescencia, unas situaciones que amenazan con poner en claro jaque a las principales estructuras sociales de dichos entramados socio-comunitarios, sobre todo por el hecho de que éstos tienen el deber y la enorme responsabilidad, en un intento de asegurar su adecuada estructuración y funcionamiento, de garantizar, de manera efectiva y plena, el que todos estos menores infractores sean conveniente formados y reeducados, a fin de que toda vez que consigan saldar la totalidad de las deudas que en su día llegaron a contraer con los sistemas y las estructuras judiciales, puedan llegar a reintegrarse en sus propios núcleos sociales como ciudadanos activos y de pleno derecho, de manera que consigan disponer de los elementos

y recursos metodológicos y procedimentales que les permitan la posibilidad de acabar participando convenientemente en los mismos y, por tanto, contribuyendo a su correcto desarrollo, crecimiento y mejora (Blatier, 2002; Burt, Resnick y Novick, 1998; Castaño, 2006; Coy y Torrente, 1997; Fernández-Campoy, Aguilar-Parra y Álvarez, 2013; Ghiso, 2012; Giller, Haggel y Rutter, 2000).

La reinserción social de los menores infractores, dada su ingente magnitud y nivel de exigencia, supone un proceso de extrema complejidad que es conveniente planificar e implementar de manera precisa y absolutamente estructurada para que pueda conseguir la importante tarea de reconducir la vida social y comunitaria de los menores delincuentes, toda vez que éstos consigan saldar la totalidad de las deudas contraídas con las administraciones judiciales. Esta circunstancia ha venido generando, en los últimos tiempos, enormes y continuados quebraderos de cabeza a los más destacados responsables de las diferentes administraciones que tienen encomendadas competencias en esta materia, así como diferentes maneras de entender y de gestionar los aspectos trascendentales de dicho proceso, originando el desarrollo y la implementación de un amplio abanico de estrategias y de programas de prevención e intervención, con orientaciones metodológicas y procedimentales bastante dispares entre sí, aunque con ciertos puntos de coincidencia a la hora de destacar la conveniencia y la necesidad de hacer especial énfasis en el desarrollo, en el fortalecimiento y en la consolidación de los aspectos educativos y formativos de dicho colectivo de menores (De la Rosa, 2003; Farrington, 2000; Fernández-Campoy, 2008; González y Santiuste, 2004; Howell y Hawkins, 1998).

Lo que hoy en día muy pocos investigadores se atreven a poner en tela de juicio es el hecho de que la educación se ha convertido en un importante y destacado componente que se encuentra muy presente en la mayoría de los programas y estrategias de reinserción social de menores infractores que se vienen desarrollando e implementando en la actualidad porque, como muy bien se han encargado de demostrar las numerosas investigaciones científicas que, sobre la materia, se han desarrollado a lo largo de las dos últimas décadas, lo que se persigue, en un gran número de ellos, es tratar de formar a los menores delincuentes para que logren erradicar de su repertorio conductual todas aquellas pautas de actuación y de comportamiento que les han llevado a distorsionar la calidad y la efectividad de sus relaciones e interacciones sociales, hasta el punto de conseguir desarrollar comportamientos sociales inadecuados que, con mucha frecuencia, acaban

siendo rechazados o reprobados por las estructuras de los más destacados entramados sociales y comunitarios de los países desarrollados (Fernández-Campoy, Aguilar-Parra, Álvarez, Pérez-Gallardo y Salguero, 2013; Fernández-Campoy, Aguilar-Parra y Alías-García, 2012; Hellison, 2000; Nieto, 2010; Pérez, Amador y Vargas, 2011).

Tomando como referencia los anteriores planteamientos científicos y los postulados defendidos por investigadores como Babbis y Gangwisch (2010) y Nelson y Gordon-Larsen (2006), se hace preciso destacar que son muchas las instituciones, organismos internacionales, gobiernos estatales y asociaciones sociales y civiles que han comenzado a reconocer el gran valor de los programas deportivos y de actividad física como destacados agentes de reinserción social de menores infractores, al lograr facilitar y fortalecer los mecanismos de cohesión social y atenuar y corregir las desigualdades sociales, consiguiendo, de este modo, crear el marco adecuado para luchar contra la exclusión social de los colectivos sociales más deprimidos y desfavorecidos. En esta misma línea, y como países pioneros en la aplicación de esta modalidad de programas educativos y formativos, es necesario destacar a aquellos que se relacionan a continuación:

*Francia, que en los años 80 fue capaz de reducir, de manera considerable, los disturbios originados en los barrios marginales, como consecuencia de la implementación de exitosas actividades y programas deportivos, hasta el punto de que en la actualidad continúan con su aplicación para trabajar con colectivos que se encuentran en claro riesgo de exclusión social.

*Gran Bretaña y Alemania fueron pioneros en el uso de los programas deportivos como vehículos de cohesión social para favorecer la rápida y efectiva integración social y comunitaria de los colectivos de inmigrantes que acudían a ambos países en busca de unas mejores condiciones de vida.

A grandes rasgos, y como bien corroboran Alpízar et al. (2010), Jiménez y Durán (2004) y Ponce (2012), es posible afirmar que la actividad física y deportiva, siempre y cuando se haga un uso adecuado de la misma, se puede acabar revelando como un importante instrumento, no sólo para desarrollar y mejorar diversos aspectos físicos y anatómicos en los individuos, sino también para instaurar en sus usuarios habituales una serie de valores éticos y morales que les van a facilitar mucho su integración social, así como el establecimiento de relaciones e interacciones sociales mucho más ricas, sólidas y

eficientes. Entre dichos valores es pertinente referenciar los siguientes: Empatía, Solidaridad, Tolerancia, Cooperación, Sacrificio, Autoestima, Autocontrol, Libertad, Paz.

Además de las anteriores potencialidades como elementos desarrolladores de un amplio abanico de valores y de conductas ampliamente reconocidas y aceptadas por los entramados sociales, que van a facilitar a sus practicantes su rápida y efectiva integración social, también, y siempre y cuando se implementen de manera adecuada y efectiva, los programas deportivos y de actividad física van a ser capaces de actuar como elementos claramente limitantes e inhibidores para el desarrollo de valores y de pautas conductuales que, al ser socialmente reprobadas y desprestigiadas, pueden acabar limitando sus posibilidades de desarrollo e integración en el seno de los entramados sociales, destacando entre ellas, en opinión de Shaw (2001) y Sicilia y Delgado (2003), las siguientes: Violencia, Manipulación, Consumismo, Hedonismo, Triunfalismo, y Utilitarismo.

En definitiva, y a la luz de los anteriores datos y argumentaciones, no resulta extraño poder llegar a establecer la conclusión de que los programas deportivos y de actividad física no solamente resultan ser un extraordinario recurso educativo y formativo que favorece el desarrollo de valores socialmente aceptados y que limita la aparición de otro tipo de valores que gozan de un gran desprestigio social, sino que también aportan un escenario propicio para el desarrollo de destacados aspectos cognitivos y actitudinales que van a proporcionar a sus usuarios los recursos metodológicos y procedimentales necesarios para que se puedan llegar a convertir, en un futuro no muy lejano, en ciudadanos activos y de pleno derecho que, con su buen hacer, puedan contribuir al crecimiento, a la transformación y a la mejora de los principales entramados y estructuras sociales y comunitarias (Ortega y Del Rey, 2006; Varela, 2007).

Conclusiones

Si algo viene inquietando a las sociedades contemporáneas de los países desarrollados es el preocupante incremento de las actividades delictivas que tienen como principales protagonistas a individuos que se encuentran en los periodos evolutivos de la infancia y la adolescencia, unas situaciones que, de no intervenir con gran celeridad y eficiencia, amenazan con hacer tambalear los cimientos y las principales estructuras sociales de dichos entramados socio-comunitarios. Junto a este peligro, que ya de por sí es

lo suficientemente complicado de atajar, no es posible olvidar tampoco que dichas sociedades tienen la gran responsabilidad y la obligación, en un intento de asegurar su adecuada estructuración y funcionamiento, de garantizar, de manera efectiva y plena, el que todos estos menores infractores sean convenientemente formados y reeducados para que, toda vez que consigan saldar la totalidad de las deudas que en su día llegaron a contraer con los sistemas y las estructuras judiciales, puedan llegar a reintegrarse en sus propios entramados sociales como ciudadanos activos y de pleno derecho, a fin de que consigan disponer de los elementos y recursos metodológicos y procedimentales que les permitan la posibilidad de acabar participando convenientemente en los mismos y, por tanto, puedan contribuir a su correcto desarrollo, crecimiento y mejora (Debarbieux y Blaya, 2006; Fernández-Campoy, Aguilar-Parra y López-Liria, 2015; Fernández-Campoy, Pérez-Gallardo, León y Salguero, 2014; Nieto, 2012; Schonert-Reichl, 2000).

La reinserción social de los menores infractores, por su ingente magnitud y trascendencia, se convierte en proceso extremadamente complejo que, para lograr llegar a buen puerto, va a requerir de un exhaustivo mecanismo de planificación, de coordinación y de estructuración, con la idea de que pueda conseguir la importante tarea de reconducir la vida social y comunitaria de los menores delincuentes, toda vez que éstos consigan saldar la totalidad de las deudas contraídas con las principales administraciones de justicia. Esta mastodóntica responsabilidad ha venido generando, en los últimos tiempos, enormes y frecuentes quebraderos de cabeza a los principales responsables de las diferentes administraciones que tienen asignadas competencias en esta materia, así como distintas formas de entender y de gestionar los aspectos más destacados de dicho proceso, lo que, a su vez, ha dado lugar al desarrollo y a la implementación de un amplio abanico de estrategias y de programas de prevención e intervención, con orientaciones metodológicas y procedimentales bastante dispares entre sí, aunque con ciertos puntos de coincidencia, los cuales se manifiestan, principalmente, a la hora de destacar la conveniencia y la necesidad de centrar el principal foco de acción en el desarrollo, en el fortalecimiento y en la consolidación de los aspectos educativos y formativos de dicho colectivo de menores (Fernández-Campoy, 2014; Krmpotic y Farré, 2008; Perea, Calvo y Anguiano, 2010; Sherman et Al, 1997).

Al tomar en consideración los elementos distintivos del escenario descrito en el párrafo precedente, inevitablemente hay que considerar a la educación como un

importante y destacado componente que acaba jugando un trascendental papel en la mayoría de los programas y estrategias de reinserción social de menores infractores que se vienen desarrollando e implementando en la actualidad porque, si se hace caso de los datos recopilados por las numerosas investigaciones científicas que, sobre la materia, se han desarrollado a lo largo de las dos últimas décadas, lo que se persigue, en la casi totalidad de los mismos, es buscar la formación de los menores delincuentes para que logren erradicar de su repertorio conductual todas aquellas pautas de actuación y de comportamiento que les han servido para distorsionar la calidad y la efectividad de sus relaciones e interacciones sociales, como la mejor estrategia para conseguir articular comportamientos sociales aceptados y adecuados, desde un punto de vista social y comunitario, que les facilite enormemente su rápido y efectivo proceso de integración en las principales estructuras de los más destacados entramados sociales y comunitarios de los países desarrollados (Estévez, Martínez, Moreno y Musitu, 2006; Hellison, 2003; Martínez, Musitu, Amador y Monreal, 2012).

Sobre la base de los planteamientos científicos y metodológicos descritos hasta el momento, han sido muchas las instituciones, organismos internacionales, gobiernos estatales y asociaciones sociales y civiles que han empezado a adoptar e implementar los programas deportivos y de actividad física, al reconocer su importante valor como agentes de transformación y de reinserción social de menores infractores, dadas sus innumerables contribuciones para la facilitación y el fortalecimiento de los principales mecanismos de cohesión social, a la misma vez que logran atenuar y corregir, de manera sensible, las principales desigualdades sociales, con lo que aseguran la creación de las condiciones propiciatorias para luchar contra la exclusión social de los colectivos sociales más deprimidos y desfavorecidos (Robert, Weinberg y Gould, 2010).

Por tanto, y como más destacada conclusión del estudio, es posible aseverar que la actividad física y deportiva, siempre y cuando se desarrolle con cierta continuidad en el tiempo y se participe de la misma de forma adecuada y responsable, puede llegar a conformar un destacado instrumento, no sólo para desarrollar y mejorar diversos aspectos físicos y anatómicos en los individuos, sino también para consolidar en sus usuarios habituales una serie de valores éticos y morales (empatía, solidaridad, tolerancia, cooperación, sacrificio, autoestima, autocontrol, libertad, paz, entre otros) que les va a facilitar, de manera considerable, el desarrollo y la gestión de su proceso de integración

social y comunitaria, así como el establecimiento de relaciones e interacciones sociales mucho más ricas, sólidas y eficientes (Maza, Balibrea, Camino, Durán, Jiménez y Santos, 2011).

Junto a las anteriores excelencias y potencialidades de los programas deportivos y de actividad física como elementos generadores de valores y de conductas ampliamente reconocidas y aceptadas por las principales estructuras de los entramados sociales y comunitarios, que, sin duda, van a facilitar a sus usuarios una rápida y efectiva integración social, también es posible reconocer su destacada importancia como elementos limitantes o inhibidores de los niveles de desarrollo de diversos valores y pautas conductuales (violencia, manipulación, consumismo, hedonismo, triunfalismo, utilitarismo, entre otros) que, al experimentar altos niveles de marginalidad y de desprestigio social, pueden acabar perjudicando los potenciales niveles de desarrollo y de integración social y comunitaria de los sujetos que los acaben llevando a la práctica (Pardo, 2008).

En última instancia, y a la luz de los diversos datos y argumentaciones científicas que se han ido desgranando como consecuencia del desarrollo de la presente investigación, parece adecuado concluirlo determinando que los programas deportivos y de actividad física, además de presentarse como un extraordinario recurso educativo y formativo que facilita el desarrollo de valores ampliamente reconocidos dentro de los contextos sociales, también consiguen limitar la aparición de otro tipo de valores que tienen una negativa prensa social y comunitaria, con lo que acaban construyendo un escenario propicio para la configuración de diversos aspectos cognitivos y actitudinales que terminarán resultando capitales, en el sentido de que van a conseguir proporcionar a sus usuarios habituales los recursos metodológicos y procedimentales necesarios para que lleguen a convertirse, en un futuro no muy lejano, en ciudadanos activos y de pleno derecho que logren contribuir al crecimiento, a la transformación y a la mejora de las principales estructuras sociales y comunitarias (Fernández-Campoy, Aguilar-Parra, Trigueros, Manzano-León y Alcaraz-Ibáñez, 2015).

Referencias

- ALPÍZAR, D., CALVO, S., GARITA, M., MÉNDEZ, M., MORA, A., LOÍRA, D. Y VARELA, T. (2010). Importancia de inculcar valores en menores de edad como prevención de la violencia. *Revista de Medicina Legal*, 28(1), 31-37.
- BABISS, L. A. Y GANGWISCH, J. E. (2010). Sports Participation as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation in Adolescents as Mediated by Self-Esteem and Social Support. *Global Congress of Maternal and Infant Health, celebrado en Barcelona los días 22, 23, 24, 25 y 26 de Septiembre de 2010*.
- BLATIER, C. (2002). *La délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue, le droit*. Grenoble: Editorial Presses Universitaires de Grenoble.
- BURT, M., RESNICK, G. Y NOVICK, E. (1998). *Building Supportive Communities for at risk adolescents*. Washington: American Psychological Association Press.
- CASTAÑO, M. E. (2006). Otra forma de resolver conflictos. *El busgosu*, 5(2), 54-57.
- COY, E. Y TORRENTE, G. (1997). Intervención con menores infractores: su evolución en España. *Anales de Psicología*, 13(1), 39-49.
- DEBARBIEUX, E. Y BLAYA, C. (2006). Clima y violencia escolar: un estudio comparativo entre España y Francia. *Revista de Educación*, 339(3), 293-315.
- DE LA ROSA, J. M. (2003). El fenómeno de la delincuencia juvenil: Causas y tratamientos. *Encuentros multidisciplinarios*, 5(13), 21-35.
- ESTÉVEZ, E., MARTÍNEZ, B., MORENO, D. Y MUSITU, G. (2006). Relaciones familiares, rechazo entre iguales y violencia escolar. *Cultura y Educación*, 3(1), 335-344.
- FARRINGTON, D. (2000). Explaining and Preventing Crime. *Criminology*, 38(1), 12-19.
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M. (2008). *La integración de sujetos inadaptados socialmente. Un estudio de caso: El centro de menores "Tierras de Oria"*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M. (2014). Trastornos conductuales en adolescentes infractores. *I Congreso Internacional de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, celebrado en Almería los días 26, 27 y 28 de Noviembre de 2014*.

- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., AGUILAR-PARRA, J. M. Y ALÍAS-GARCÍA, A. (2012). Influencia de la actividad física y deportiva en la salud y autoestima de las personas. *VII Congreso Internacional de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, celebrado en Granada los días 15, 16 y 17 de Noviembre de 2012.*
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., AGUILAR-PARRA, J. M. Y ÁLVAREZ, J. (2013). La formación académica y profesional de los menores infractores del centro de menores “Tierras de Oria”. *Revista de Educación, 360(1), 211-242.*
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., AGUILAR-PARRA, J. M. Y LÓPEZ-LIRIA, R. (2015). El perfil del menor infractor desde la teoría científica. *III Congreso Internacional sobre Intervención Social y Educativa en Grupos Vulnerables, celebrado en Almería los días 25, 26 y 27 de Noviembre de 2015.*
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., AGUILAR-PARRA, J. M., ÁLVAREZ, J., PÉREZ-GALLARDO, E. R. Y SALGUERO, D. (2013). Violencia escolar: rasgos definitorios y prácticas encaminadas a la prevención del fenómeno. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 131-138.*
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., AGUILAR-PARRA, J. M., TRIGUEROS, R., MANZANO-LEÓN, A. Y ALCARAZ-IBÁÑEZ, M. (2015). *Prevención de la conducta antisocial a través de la práctica de actividad física y deportiva.* En Gallego, J., Alcaraz-Ibáñez, M., Aguilar-Parra, J. M. y Cangas, A. J. (Edits.). *IV Congreso Internacional de Deporte Inclusivo.* Almería: Editorial de la Universidad de Almería.
- FERNÁNDEZ-CAMPOY, J. M., PÉREZ-GALLARDO, E. R., LEÓN, P. Y SALGUERO, D. (2014). Conducta antisocial en infancia y adolescencia: análisis de la problemática y prácticas encaminadas a su prevención. *I Congreso Internacional de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, celebrado en Almería los días 26, 27 y 28 de Noviembre de 2014.*
- GHISO, A. M. (2012). Algunos límites de las respuestas frente a la violencia y la inseguridad en las instituciones educativas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2(10), 815-824.*
- GILLER, H., HAGGEL, I. Y RUTTER, M. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes.* Cambridge: Universidad de Cambridge.

- GONZÁLEZ, J. Y SANTIUSTE, V. (2004). Los conflictos entre los alumnos: características para una convivencia democrática. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 3(1), 361-372.
- HELLISON, D. (2000). Physical activity programs for underserved youth. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 3(3), 238-242.
- HELLISON, D. (2003). *Teaching personal and social responsibility in physical education*. En Silverman, S. J. y Ennis, C. D. *Student learning in physical education: Applying research to enhance instruction*. Champaign: Human Kinetics.
- HOWELL, J. C. Y HAWKINS, J. D. (1998). *Prevention of Youth Violence*. En TONRY, M. Y MOORE, M. *Youth Violence*. Chicago: The University of Chicago Press.
- JIMÉNEZ, P. Y DURÁN, J. (2004). Propuesta de un programa para educar en valores a través de la actividad física y el deporte. *Educación Física y Deporte*, 77(3), 25-29.
- KRMPOTIC, C. Y FARRÉ, M. (2008). Violência social e escola: Um relato empírico na perspectiva de bairros críticos. *Revista Katálysis*, 2(1), 195-203.
- MARTÍNEZ, B., MUSITU, G., AMADOR, L. V. Y MONREAL, M. C. (2012). Estatus sociométrico y violencia escolar en adolescentes: implicaciones de la autoestima, la familia y la escuela. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 55-66.
- MAZA, G., BALIBREA, K., CAMINO, X., DURÁN, J., JIMÉNEZ, P. J. Y SANTOS, A. (2011). *Deporte, actividad física e inclusión social: Una guía para la intervención social a través de las actividades deportivas*. Madrid: Dykinson.
- NELSON, M. C. Y GORDON-LARSEN, P. (2006). Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Are Associated With Selected Adolescent Health Risk Behaviors. *Pediatrics*, 77(1), 117-130.
- NIETO, C. (2010). Las infracciones penales de los jóvenes: una mirada sociológica. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 11(9), 39-51.
- NIETO, C. (2012). Perfil de los menores en conflicto de la ley. *Trabajo Social y Servicios Sociales*, 7(6), 47-60.
- ORTEGA, R. Y DEL REY, R. (2006). La mediación escolar en el marco de la construcción de la convivencia y la prevención de la violencia. *Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España*, 2(1), 12-25.

- PARDO, R. (2008). *La transmisión de valores a jóvenes socialmente desfavorecidos a través de la actividad física y el deporte. Estudio múltiple de casos: Getafe, L'Alquila y Los Ángeles*. Madrid: Editorial de la Universidad Politécnica de Madrid.
- PEREA, M. B., CALVO, A. L. Y ANGUIANO, A. M. (2010). La familia y la escuela coexistiendo con la violencia escolar. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 58(2), 72-81.
- PÉREZ, V., AMADOR, L. V. Y VARGAS, M. (2011). Resolución de conflictos en las aulas: un análisis desde la investigación-acción. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 18(1), 99-114.
- PONCE, A. (2012). *La transmisión de valores a través de la práctica deportiva. Un estudio de caso: la transferencia entre el programa de deporte escolar de la ciudad de Segovia y el deporte federado*. Segovia: Editorial de la Universidad de Castilla y León.
- ROBERT, S., WEINBERG, A. Y GOULD, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y del ejercicio físico*. Madrid: Panamericana.
- SCHONERT-REICHL, P. (2000). *Children and youth at risk: some conceptual considerations*. Canadá: Pan Canadian Education Research Agenda Symposium.
- SHAW, M. (2001). *Invirtiendo en los jóvenes 12-18 años: enfoques internacionales para prevenir el crimen y la victimización*. Montreal: Centro Internacional para la Prevención del Crimen.
- SHERMAN, L. ET AL. (1997). *Preventing Crime: What works, what doesn't, what promising*. Washington: National Institute of Justice.
- SICILIA, A. Y DELGADO, M. A. (2003). *Educación física y estilos de enseñanza*. Barcelona: Inde Publicaciones.
- VARELA, L. (2007). *El deporte como actividad extraescolar: un estudio evaluativo del programa "Deporte en el Centro" en los colegios de Educación Primaria de la ciudad de A Coruña*. A Coruña: Editorial de la Universidad de A Coruña.

**LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE JÓVENES ALEMANES CON PROBLEMAS
MEDIANTE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN EL CONCEPTO PEDAGÓGICO
DE LA ASOCIACIÓN NEUE HORIZONTE**

Christian Roith* y Detlev Bähr**

**Universidad de Almería, ** Neue Horizonte*

chroith@ual.es

Resumen

Este estudio presenta el concepto de las *medidas pedagógicas individuales en el extranjero*, una teoría y práctica pedagógica que se generó en la colaboración entre instituciones alemanas para la atención a menores y organizaciones privadas sin fines de lucro. El fin de estas medidas consiste en la rehabilitación de menores alemanes con problemas en proyectos localizados fuera del país, cuando las medidas ofrecidas por las instituciones pedagógicas en el territorio nacional ya no parecen adecuadas para poder conseguir este objetivo. Después de la presentación de diferentes tipos de proyectos, se analiza la concepción pedagógica de la asociación *Neue Horizonte* que empeña su labor en la provincia de Almería. Se intentará evaluar el impacto de los diferentes factores, entre ellos especialmente las actividades deportivas, en los resultados pedagógicos obtenidos en la educación social de menores alemanes con problemas. Finalmente se discutirá la posible conveniencia de exportar este modelo pedagógico a otros países desarrollados.

Objetivos

Medidas pedagógicas individuales en el extranjero es la denominación compleja y algo burocrática de un concepto pedagógico particular que orienta la actuación de al menos una parte de los servicios sociales de menores en Alemania. En esta comunicación ofrecemos al principio una breve descripción de la evolución histórica de este concepto que se confunde frecuentemente con otras teorías y prácticas pedagógicas y que se sigue discutiendo apasionadamente en la actualidad con argumentos no siempre libres de ciertas cargas de polémica. A continuación se intentará elaborar una tipología de las diferentes prácticas pedagógicas que se realizan en el marco del concepto mencionado, seguida de una reflexión sobre algunas de sus fundamentaciones teóricas. Datos estadísticos resumidos en lo siguiente tendrán el fin de facilitar una evaluación aproximada del volumen de la atención pedagógica a jóvenes alemanes problemáticos en países extranjeros en el contexto de todas las medidas destinadas a este colectivo por parte de los servicios sociales alemanes.

El marco teórico elaborado en la primera parte servirá de fondo para la descripción del concepto pedagógico de la asociación alemana *Neue Horizonte* que ofrece sus complejos servicios de atención pedagógica a menores alemanes problemáticos en la provincia de Almería en colaboración con los servicios sociales alemanes. En primer lugar se reflexionará sobre las características particulares de esta organización en comparación con los demás conceptos disponibles para la educación social de jóvenes con esta índole. En especial se destacará la importancia de las actividades deportivas en el concepto pedagógico de *Neue Horizonte* que constituyen un factor importante para fomentar la integración social de los jóvenes atendidos. La descripción de un caso individual ilustrará el destacado papel del deporte para la evolución de la personalidad de los jóvenes y su idoneidad para revertir rasgos negativos en ella y estimular un desarrollo sano. La referencia a datos estadísticos relacionados con la evolución personal de los jóvenes atendidos por *Neue Horizonte* permitirá evaluar el impacto de los diferentes factores, entre ellos las actividades deportivas, en los resultados pedagógicos obtenidos. Al final de la comunicación se ofrecerá una reflexión sobre la eficacia del concepto pedagógico examinado para la recuperación social de jóvenes problemáticos frecuentemente abandonados por las instituciones educativas y la posible conveniencia de exportar este modelo pedagógico a otros países desarrollados.

Historia del concepto de las *medidas pedagógicas individuales en el extranjero*

Según el estudio de Wendelin (2010, p. 12 ss.), las ayudas para jóvenes con problemas ofrecidas en países extranjeros empezaron a introducirse en Alemania en los años 1980 con la intención de remediar una situación de emergencia en la práctica convencional de la asistencia a menores. Un informe elaborado por responsables de los servicios sociales de menores en la región de Renania menciona que “a finales de los años 1980 nos dimos cuenta que ya no pudimos atender adecuadamente a un determinado grupo de menores, a pesar de la excelente diferenciación del sistema público de educación. Cada vez más niños y jóvenes se quedaron fuera de este sistema de atención” (cit. según Wendelin, 2010, p. 12). Para estos jóvenes se diseñaron costosos proyectos de viajes con uno a varios educadores o en pequeños grupos que les llevaron a regiones alejadas, a desiertos y montañas que cruzaron andando, en bicicleta o a caballo. Simultáneamente se empezaron a ofrecer los llamados proyectos de vela, en los cuales un grupo de jóvenes pasó varios meses en un barco de vela, viajando por los mares del mundo. Estos primeros proyectos tenían la intención de iniciar mediante experiencias, vivencias y aventuras procesos pedagógicos de evolución que no se podían conseguir de la misma manera en Alemania. La percepción pública actual sigue influida por estos inicios de las medidas pedagógicas individuales y las identifica y confunde frecuentemente con una pedagogía que ofrece experiencias de aventuras en países exóticos. El tenor de numerosos artículos de prensa o reportajes televisivos que se referían a casos excepcionales que destacaron por un comportamiento inadecuado de educadores o jóvenes fue a menudo que se tratase de proyectos caros e inútiles que recompensaban el comportamiento agresivo, delincuente y extremadamente llamativo de algunos jóvenes con estancias en el extranjero (Lembert, 2008, p.24).

Otro importante motivo que llevó a los servicios sociales de menores a experimentar con la metodología de la atención pedagógica a jóvenes difíciles en países extranjeros en la época de los 1980 fue la drástica reducción de los reformatorios cerrados como último recurso educativo. Por lo tanto, la flexibilización de las medidas educativas está íntimamente relacionada con el proceso de reforma de la educación de jóvenes en instituciones para menores que empezó a principios de los años setenta, siendo consecuencia indirecta de los cambios sociales causados por la revolución estudiantil de 1968/69. Varios autores que estudiaron los cambios que se produjeron desde los años

1970 a 1990 en la educación pública de menores en Alemania los caracterizaron con los términos de descentralización, desinstitucionalización, regionalización, profesionalización e individualización (Wendelin, 2010, p. 13); es decir, el nuevo paradigma pedagógico que se estableció en estos años partió sobre todo de la comprensión de sus clientes como individuos que tenían el derecho a reclamar una asistencia flexible e individualizada.

El mencionado cambio paradigmático influyó también en las diferentes reformas de la legislación referida a la asistencia a menores. La ley sobre el desarrollo de la asistencia a niños y jóvenes, ratificada en 2005, se refería por primera vez explícitamente a las medidas pedagógicas en el extranjero. Según esta ley, hay que elegir aquella ayuda educativa que corresponde de la mejor manera posible a las necesidades educativas del niño o del joven. El párrafo 27 añade: “En general, hay que prestar la ayuda en el propio país; solamente se puede prestar en un país extranjero, si esto es imprescindible según la planificación de la ayuda para conseguir el fin de la ayuda en un caso individual” (cit. según Lember, 2008, p. 43). Según esta ley, las medidas pedagógicas en el extranjero se definen como excepciones que precisan de una fundamentación diferenciada. No obstante, esta situación legal no impide que “las ayudas en el extranjero se establecieron y consolidaron en la asistencia educativa a menores. Sin embargo, se sigue tratando de una forma muy polémica de ayuda que no todas las organizaciones y no todos los servicios sociales de menores utilizan como un medio apropiado” (Wendelin, 2010, p. 14).

Diferentes tipos de medidas pedagógicas ofrecidas en el extranjero

La historia de los proyectos de ayuda pedagógica ofrecida en el extranjero, brevemente relatada en el párrafo anterior, explica la existencia actual de diferentes configuraciones, en las cuales se realizan este tipo de actuaciones pedagógicas. En primer lugar hay que mencionar los llamados *proyectos estacionarios*. Se trata de ofertas de atención pedagógica, en las cuales los jóvenes viven temporalmente en las sucursales de organizaciones alemanas en el extranjero o con alemanes o pedagogos anteriormente activos en Alemania que residen en el país extranjero. Igualmente cabe la opción de que coordinadores alemanes en el país extranjero organicen y supervisen la atención educativa a los jóvenes en familias alemanas o extranjeras que colaboran con el proyecto. Según Klawe (2013, p. 8), el 40.8% de los proyectos de atención pedagógica en el extranjero pertenece a esta categoría.

En segundo lugar hay que hacer referencia a los *proyectos de viaje*. El fin principal de este tipo de proyectos consiste en ofrecer nuevas e insólitas experiencias en regiones y situaciones desconocidas para desarrollar nuevas y apropiadas estrategias de actuación que permiten orientarse en el nuevo ambiente cultural. Los jóvenes y sus educadores se ven enfrentados a un entorno extraño, con diferentes costumbres e idiomas, y están obligados a organizar las condiciones de su vida, encontrándose separados de sus grupos de referencia y de su rutina diaria habitual. La dependencia de todo el grupo de las contribuciones de cada uno crea de una manera natural la cercanía y la responsabilidad para otros, es decir, competencias que la clientela de los jóvenes inadaptados no posee frecuentemente. Simultáneamente se crea un campo concreto y práctico para el aprendizaje que no sería posible en contextos escolares y que abarca adicionalmente aspectos prácticos de la vida. El 20.7% de los proyectos tiene estas características (ídem, pp. 8 – 9).

En el tercer y último lugar figuran los *proyectos navales*. Estos proyectos aprovechan los mecanismos regulados de la convivencia en un barco para transmitir la necesidad y la experiencia de la colaboración en un grupo. Los participantes en estos proyectos experimentan la sensación de confianza en un grupo y hacen la experiencia de poder superar incluso situaciones difíciles en una comunidad. Según una fuente consultada (ídem, p. 9), solamente el 15.2% de los proyectos actuales de asistencia educativa a jóvenes problemáticos son proyectos navales. El 23,3% de los proyectos pedagógicos en este contexto se pueden considerar proyectos mezclados (Wendelin, 2010, p. 20).

En los últimos años se puede observar una tendencia hacia la preferencia de los proyectos estacionarios en detrimento de los proyectos de viaje y navales que se debe a diferentes factores. Por una parte, parece que los servicios sociales de menores son más reacios a la hora de autorizar medidas pedagógicas de los últimos dos tipos debido a la pronunciada crítica pública y política de los últimos años, cuando se produjeron incidentes espectaculares en algún proyecto. Por otra parte, las autoridades competentes prefieren actualmente la realización del objetivo educativo de la estructuración y superación de la vida cotidiana en una configuración que simula la vida en familia para preparar a los jóvenes para una vida independiente (Wendelin, 2010, pp. 20 – 21, Klawe, 2013, p. 10).

Dentro del modelo preferencial de los proyectos estacionarios, se pueden distinguir diferentes configuraciones de atención a los jóvenes. La ayuda pedagógica se ofrece en grupos, en familias o en la forma de asistencia individual. La atención grupal se presta en

la misma configuración que se suele aplicar en los proyectos realizados en el territorio nacional, es decir, tres a seis jóvenes conviven en una finca, acompañados por dos o tres educadores que trabajan en turnos. Jóvenes atendidos en la modalidad familiar suelen vivir con sus educadores y los hijos biológicos de éstos integrados en la vida familiar cotidiana sin una separación rígida entre las esferas de vida de unos y otros. El último modelo recurre a la atención individual de un joven por parte de uno o dos educadores, creando una relación personal muy estrecha (Wendelin, 2010, pp. 21 – 22).

Otros criterios que sirven para distinguir entre los diferentes modelos de medidas pedagógicas individuales ofrecidas en el extranjero constituyen la calificación profesional del personal implicado – sobre este aspecto se discute en la literatura pedagógica, contraponiendo las ventajas y desventajas de la atención profesionalizada a las características de las ayudas prestadas por no profesionales – y la procedencia y nacionalidad del personal pedagógico. En este último punto se discute la conveniencia de educadores sin socialización alemana para la educación de jóvenes alemanes con problemas cuya futura integración en la sociedad alemana constituye el fin primordial de estas medidas (Wendelin, 2010, pp. 23 – 27).

Fundamentaciones teóricas de las medidas pedagógicas ofrecidas en el extranjero

Debido a la historia de las medidas pedagógicas ofrecidas en el extranjero, brevemente resumida en un párrafo anterior, las fundamentaciones teóricas de este tipo de actuación pedagógica proceden sobre todo del diálogo entre representantes de los servicios sociales de menores y educadores en organizaciones que ofrecen estas medidas. Un artículo de Klausch (2007), responsable de los servicios sociales de menores en una gran ciudad, citado por Klawe (2013), menciona, entre otras, las siguientes razones que motivaron la realización de medidas pedagógicas en el extranjero: El joven en cuestión precisa de claras y obligatorias estructuras y de unas condiciones externas que imposibilitan que pueda evitar a someterse a las medidas pedagógicas. Adicionalmente, hay que constatar que las ayudas ofrecidas en el territorio nacional no fueron adecuadas o que las organizaciones respectivas no aceptaron al joven. El trabajo pedagógico solamente parece prometedor después de la formación de una relación muy estrecha con una o muy pocas personas. Una distancia considerable, también espacial, del joven hacia el entorno

anterior es necesaria para una intervención eficaz (Klausch, 2007, p. 172, citado en Klawe, 2013, p. 13).

El significado del extranjero en el contexto de las medidas pedagógicas individuales puede describirse como sigue, en consonancia con lo anterior: El país extranjero ofrece la máxima distancia geográfica hacia el entorno anterior del joven atendido. Lo desconocido en el nuevo entorno tiene el efecto de que el joven dependa de la traducción cultural por parte de los educadores, favoreciendo el desarrollo de una estrecha relación con éstos y obligándole a analizarse a sí mismo. La cultura diferente en el extranjero – el idioma, los símbolos, los rituales, los valores, etc. – impiden que el joven pueda recaer en sus rutinas diarias habituales y le obliga a experimentar y aprender nuevas orientaciones y estrategias de actuación (Klawe, 2013, p. 13).

El origen intelectual de las ideas pedagógicas referidas anteriormente se encuentra en la obra de Rousseau que propuso ya a mediados del siglo XVIII la educación de un joven en un entorno natural situado lejos del ámbito urbano, cuya sociedad consideró corrompida (Rousseau, 1997). Numerosos pedagogos pertenecientes al movimiento de la Escuela Nueva o, así la denominación alemana, de la Pedagogía de la Reforma, recogieron el ideario de Rousseau, desarrollando novedosos conceptos de educación social. En este contexto hay que mencionar a pedagogos como Kurt Hahn (1886 – 1974) que desarrolló el concepto de la *provincia pedagógica* cuyo orden construido ofrecería seguridad, esperanza, protección y continuidad (Klawe, 2013, p. 19).

Relacionados con estos antecesores, se manejan en la actualidad varios modelos teóricos que intentan explicar la función del extranjero en la intervención pedagógica. Uno de los modelos más conocidos de esta índole es el modelo de fases, desarrollado por Witte (2009). Según este autor, las actuaciones pedagógicas vinculadas al alejamiento de los jóvenes de su entorno habitual y de sus relaciones sociales causan roturas biográficas que pueden resultar productivas para la evolución personal de los destinatarios.

Antes de la atención pedagógica en el extranjero, es necesario realizar un *diagnóstico* del joven con problemas para poder constatar, si puede ser considerado para participar en un proyecto en el extranjero y, en el caso de responder afirmativamente a esta cuestión, para determinar el tipo de atención pedagógica (estacionaria, proyecto naval o de viaje) que parece la más adecuada. Además, habrá que tomar una decisión sobre la configuración (grupo, familia, individual) de la oferta educativa y respecto a las medidas

que habrá que realizar después de su retorno a Alemania. Al desplazamiento del joven al extranjero sigue la fase de la *deslegitimación*: El nuevo entorno impide que las estrategias de actuación habituales del joven funcionen, lo que le obliga a desarrollar nuevas pautas de interpretación y orientación. Después de que las rutinas habituales dejen de funcionar, se adquieren nuevas pautas de comportamiento y acción en el nuevo entorno y en la relación estrecha con los educadores, es decir, se entra en la fase de la *nueva estructuración*. En la siguiente fase de *consolidación* se estabilizan las nuevas competencias y estrategias mediante la incorporación del joven en las actividades de la vida cotidiana y su integración en la escuela y otras instituciones sociales en el lugar, es decir, se busca el establecimiento del mayor grado posible de normalidad. Una nueva rotura estructural precede a la próxima fase, la *transferencia*: El joven vuelve a Alemania y tiene que transferir las nuevas pautas de comportamiento adquiridas a este entorno; Witte destaca la necesidad de acompañar este proceso con las medidas pedagógicas adecuadas para impedir la recaída del joven al comportamiento conflictivo anterior a su estancia en el extranjero. Igualmente cabe la opción poco frecuente que el joven se queda en el país extranjero después del fin de las medidas pedagógicas, por lo que la fase de la transferencia se sustituye con una fase prolongada de consolidación. La última fase, la *normalización*, sirve para establecer las nuevas competencias como rutinas diarias de actuación en Alemania, lo que capacita al joven a llevar su vida sin comportamientos problemáticos.

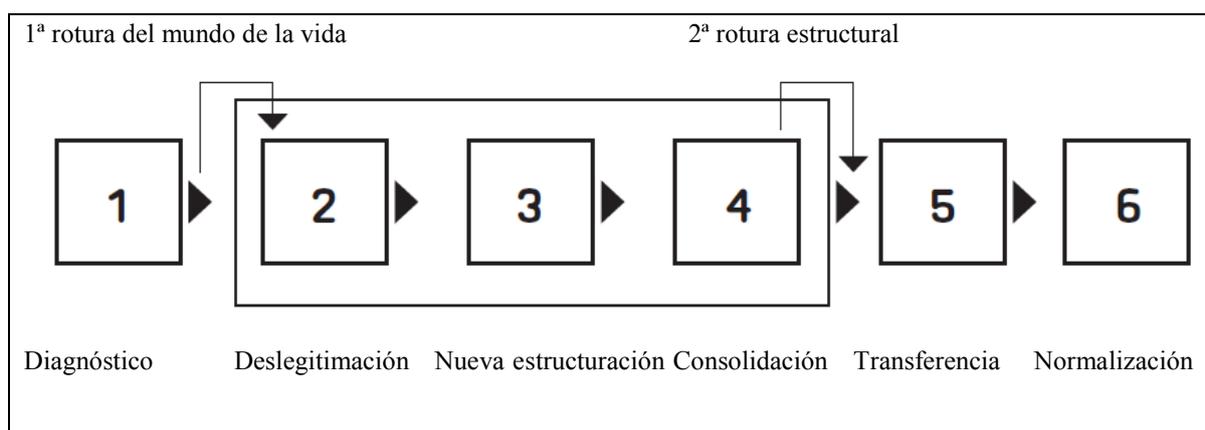


Fig. 1: Modelo de fases (Witte, 2009, p. 38)

Otro modelo teórico manejado para la descripción los efectos de las medidas pedagógicas ofrecidas en el extranjero es la llamada *teoría del shock cultural* que enfoca sobre todo las diferencias entre culturas y sus repercusiones en las personas. Descrito por Oberg (1960) en una investigación sobre estancias prolongadas de trabajadores en países extranjeros, se puede comprender el shock cultural como un proceso con varias fases. La fase A se caracteriza por la euforia y la curiosidad despertadas por el nuevo entorno, a la que sigue la fase B, el desencanto, en la que destacan los desafíos de organizar la vida cotidiana en un ambiente extraño. La fase C, la frustración y el rechazo de la nueva situación, se produce, cuando las competencias del individuo resultan insuficientes para orientarse en la vida cotidiana. En la siguiente fase D se realiza la adaptación a la cultura extranjera mediante la adquisición de las reglas de comportamiento y del idioma. El individuo empieza a sentirse como en casa, después de haber encontrado su rol en el nuevo lugar, en la fase E. La fase F denomina el shock que se produce a la vuelta a la cultura originaria debido a los cambios en la evolución personal que se produjeron durante la estancia en el extranjero. La fase G es la reintegración que presenta desafíos parecidos al proceso transcurrido después del cambio del domicilio al extranjero (Klawe, 2013, pp. 28 – 30). Es de esperar que jóvenes problemáticos atendidos en proyectos educativos en países extranjeros pasen por el proceso descrito, cuyo conocimiento resulta por lo tanto recomendable para sus educadores.

El frecuentemente citado estudio de Wendelin (2010) argumenta a favor de un equilibrio adecuado y productivo entre la cercanía y la distancia con respecto al entorno social de procedencia del joven. La cercanía precisa de un diseño que permite la referencia a las orientaciones culturales en el país de procedencia; la distancia, por otra parte, tiene que ser lo suficientemente grande como para motivar la ocupación con la cultura del país receptor. “Se puede suponer que solamente mostrar las variaciones de convivencia humana amplía y flexibiliza el repertorio de actuación social de los jóvenes. Quien ha experimentado cómo otras culturas viven y funcionan puede distanciarse críticamente de su propia cultura y redefinir su propio papel en ésta y adquirir posiblemente nuevas opciones de actuación en esta experiencia” (Wendelin, 2010, 288).

Datos estadísticos generales

Las últimas cifras publicadas por la Oficina Federal de Estadística de Alemania para el año 2014 (Bundesamt für Statistik, 2014) con referencia a las ayudas educativas prestadas a menores de edad indican que el número de jóvenes con problemas atendidos en proyectos extranjeros ha variado poco desde la última recopilación de estos datos realizados por Pforte y Wendelin (2007). La estadística actual menciona un número de 556 jóvenes en proyectos fuera de Alemania, de un total de 39.719 jóvenes con problemas atendidos por los servicios sociales de menores alemanes, mientras que Pforte/Wendelin se refieren a un número de “aproximadamente 600” en su estudio de 2007. Por lo tanto, las autoridades alemanas atendieron en 2014 un 1.4% del total de los niños y jóvenes con problemas en proyectos localizados fuera del país. Sin disponer de datos exactos sobre el particular, se puede suponer que las tendencias constatadas en el estudio de 2007 se mantienen aproximadamente en la actualidad. Según esta fuente, los servicios sociales de menores ubicados en ciudades recurren con más frecuencia a esta opción que los servicios en zonas rurales (62% / 43%) y los servicios sociales en la región oriental de Alemania, la anterior República Democrática, autorizan un número menor de estas medidas (33%) que los servicios en la zona occidental (57%).

El 79.6% de las ayudas pedagógicas ofrecidas fuera de Alemania se realizaron en 2007 en países de la Unión Europea (el mayor número en Polonia – 105 –, seguido por España – 93 –) y el resto en países fuera de la UE, entre los cuales destacan Namibia y Kirguisia. Estas cifras documentan, según nuestro parecer, que las medidas pedagógicas individuales ofrecidas para jóvenes con problemas en países extranjeros se pueden considerar un fenómeno excepcional en el conjunto de las actuaciones de los servicios sociales alemanes que solamente se aplican en casos contados y en situaciones muy especiales por parte de un número limitado de oficinas.

El concepto pedagógico de la asociación *Neue Horizonte*

La asociación *Neue Horizonte* está registrada como Sociedad Limitada Unipersonal en España y es reconocida como una institución que presta ayuda pedagógica a jóvenes. *Neue Horizonte* colabora con la sociedad sin fines de lucro *Sozialmanufaktur* en Berlín. La sede central de *Neue Horizonte* se encuentra en Almerimar, Almería, y sus

servicios se ofrecen en varias pequeñas localidades en los alrededores. Esta región destaca por un paisaje montañoso y el mar, así como un clima seco y caloroso con un alto número de días con sol.

Desde 2001, *Neue Horizonte* ofrece ayudas individuales específicas y flexibles para jóvenes, creando la distancia necesaria hacia el espacio social problemático para el joven y ofreciendo un nuevo entorno social sin crisis. La asociación intenta transmitir competencias sociales y cotidianas, contribuir a la superación de déficits escolares y aumentar la autoconfianza de los jóvenes, fomentando sus fuerzas y recursos. Según su propia declaración, un concepto antropológico humanista y holístico sin prejuicios étnicos, culturales, religiosos y sociales constituye el fundamento de su actuación pedagógica; su objetivo educativo más importante consiste en la capacitación de los jóvenes a su cargo para actuar responsablemente como ciudadanos emancipados (Neue Horizonte, 2015, p. 6-7).

Aplicando las categorías de distinción explicadas en un párrafo anterior, se puede clasificar el proyecto de *Neue Horizonte* como la oferta estacionaria de ayuda pedagógica a jóvenes en el extranjero que se presta en la forma de educación grupal e individual. Los destinatarios preferidos de esta actuación son jóvenes en una situación de crisis aguda que no se puede superar con el sistema existente en Alemania (familia, escuela, institución de acogida, etc.). La asociación ofrece a los jóvenes un espacio protegido con una estructura cotidiana que les permite orientarse y desarrollar su personalidad; la ubicación del proyecto en la naturaleza no permite el recurso a posibles comportamientos disociales, porque la comunicación inicial de los jóvenes con su nuevo entorno se realiza exclusivamente mediante los educadores. Al principio, los jóvenes tienen prohibido el uso de teléfonos móviles o internet para facilitar su separación del entorno social problemático. En este contexto son sobre todo las actividades físicas y un ritmo de vida ecológico los que permiten a los jóvenes encontrarse a sí mismos y enfrentarse a sus problemas. El aprendizaje de nuevas capacidades y habilidades ayuda a los jóvenes a salir de un círculo vicioso de frustración, falta de perspectivas y resignación y les transmite una sensación de competencia y confianza en sí mismo (Neue Horizonte, 2015, p. 8 – 9).

La asociación atiende a aproximadamente 15 – 20 jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años en varios proyectos localizados en los alrededores de Almerimar con un equipo de aproximadamente 20 expertos, titulados en psicología,

educación social, ciencias de la educación, magisterio y educación secundaria, ocasionalmente complementados por personal con otras calificaciones profesionales más prácticas. En los proyectos de acogida, situados en las Alpujarras almerienses a cierta distancia de núcleos urbanos, habitualmente dos educadores que trabajan en turnos de 3 o 4 días conviven con 3 – 4 jóvenes. Adicionalmente, se realizan medidas educativas individuales con jóvenes inicialmente no preparados para la convivencia grupal en una finca preparada para este fin, y se mantienen grupos de jóvenes ya mejor adaptados en viviendas situadas en varias poblaciones de la región (Lindermann, 2015, p. 16; Neue Horizonte, 2015, p. 10).

Actividades físicas y deportivas en el concepto pedagógico de *Neue Horizonte*

La estimulación de la actividad física y la oferta de un proyecto deportivo se presentan como elementos importantes en el conjunto de las medidas pedagógicas realizadas por *Neue Horizonte*; de hecho, el deporte forma parte de la estructuración de la vida cotidiana de los jóvenes atendidos y tiene un espacio temporal previsto en la planificación correspondiente (2 días laborales por la tarde de 16:00 – 19:00 horas). Igualmente, todos los demás proyectos ofrecidos en este horario implican la estimulación de la actividad física de los jóvenes al aire libre, tanto el cuidado de los animales, como el cuidado del jardín, además del proyecto de técnica y artesanía.

Muchos de los jóvenes alemanes con problemas atendidos por la asociación no practicaron regularmente un deporte antes de su llegada a España. La intención pedagógica vinculada a la oferta de actividades deportivas consiste en despertar el interés de los jóvenes y facilitarles la experiencia del contexto entre la actividad física y el bienestar personal, desarrollando simultáneamente una conciencia de su propio cuerpo. Habitualmente, los jóvenes practican estas actividades en los clubes deportivos de su entorno, lo que no facilita solamente el ejercicio regular de un deporte que les gusta, sino también su integración social en el nuevo entorno, lo que suelen valorar positivamente. Entre los deportes preferidos por los jóvenes destacan en balonmano, el fútbol, el tenis de mesa, el hockey sobre patines, el tenis, el golf, el remo y la natación, así como el senderismo y la escalada.

Tanto los deportes practicados por los jóvenes en el marco formal de los clubs, así como las actividades informales de este tipo, realizadas en las propias instalaciones de la asociación o en actividades organizadas con los educadores, tienen un efecto positivo sobre la evolución personal de los jóvenes, según la valoración de la asociación. En particular, se refuerza la autoconfianza de los jóvenes, su capacidad de empatía, su capacidad de autoreflexión, su habilidad de aguantar conflictos y, en general, se refuerza su competencia social (Neue Horizonte, 2015, p. 32).

Un caso individual

A continuación, expondremos el caso de uno de los jóvenes que pasaron por el proyecto *Neue Horizonte*.

Paul llegó con 14 años al proyecto *Neue Horizontey* vivió 4 años allí. Proviene de una familia desestructurada con un padre alcohólico y no tenía contacto con la familia. La madre era drogadicta e intercalaba fases de consumo y abstinencia tanto durante el embarazo como durante toda la infancia de Paul. Desde la edad de dos años, Paul vivió en varios hogares de acogida para jóvenes, ya que no había ninguna persona en el sistema familiar que pudiera acoger al joven o establecer una relación estable con él. Le expulsaron de varios colegios por mal comportamiento y una educación convencional no fue posible porque necesitaba toda la atención y mostraba un comportamiento violento contra los profesores. Su hermano es dos años menor y vive con una familia de acogida.

Según un diagnóstico médico, Paul tiene TDAH¹ y un trastorno de personalidad; además, tenía problemas con el alcohol desde los 13 años. Paul estuvo en tratamiento con un psiquiatra juvenil de la localidad y tomaba una dosis muy alta de medicamentos. Su comportamiento era frecuentemente violento con fases de agresividad contra la autoridad. Paul no era una persona asertiva, todo lo contrario, intentaba manipular y ponerse por encima de sus compañeros cuando tenía la ocasión, teniendo dificultades para integrarse dentro del grupo de iguales debido a su actitud. No respetaba las normas de convivencia y buscaba solamente el propio beneficio. La autoestima de Paul y su tolerancia a la frustración eran bastante bajas, y él buscaba constantemente el reconocimiento y las gratificaciones externas.

¹Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Desde el principio Paul mostró interés por actividades al aire libre, realizaba bastantes rutas de senderismo con los monitores y actividades de escalada. Sobre todo, al inicio de su estancia, lo que permitió crear un vínculo educador/joven, aumentando su capacidad de concentración y atención, ayudándole a conocer sus propios límites, aumentando la autoestima y la confianza en sí mismo a través de las sensaciones de orgullo por el reto superado.

A Paul también le gustaban otros deportes, como el fútbol, y durante un tiempo estuvo entrenando con un equipo local varias veces por semana. También ha estado jugando durante más de medio año con un equipo de la primera liga de hockey línea. Dentro del equipo se integró fácilmente, participó activamente en todas las actividades y entrenamientos, se comprometió con el equipo y respetó a sus compañeros y a sus rivales, aceptando las reglas y las derrotas, así como disfrutando con todo el equipo de sus éxitos.

Paul ha ido cambiando su actitud progresivamente durante su estancia en nuestro proyecto, aumentando las horas de estudio diario a 3-4, pudiendo terminar así su examen de la E.S.O. en Alemania. Durante el último año no ha tomado ningún medicamento. El último medio año vivió en un piso tutelado en España, con mayor autonomía, preparándose así para su vuelta a Alemania. En relación con su comportamiento, Paul comenta que ya no hay ninguna pelea, y que siempre intenta solucionar sus conflictos de manera diferente, intentando salir del conflicto y retirarse. Opina que, debido a su desarrollo positivo relacionado con su progreso escolar, está en general más tranquilo y también ha madurado.

Actualmente Paul se encuentra en Alemania, ha empezado una FP de carpintero, tiene un contacto bueno y regular con su hermano y su madre. Sigue practicando hockey sobre hielo y fútbol.

Resultados conseguidos por Neue Horizonte – Datos estadísticos

Desde sus inicios en 2001 hasta el día de hoy, el proyecto *Neue Horizonte* ha acogido a aproximadamente 90 jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años. La estancia en el proyecto suele durar entre uno y cinco años.

En los últimos seis años, 41 jóvenes han pasado por el proyecto, de los cuales 15 siguen aún en Neue Horizonte. De los 26 jóvenes que han vuelto a Alemania, 21 han

completado sus estudios obligatorios con éxito. Durante el tiempo que estos jóvenes estaban en España, realizaron una multitud de actividades al aire libre (jardinería, cuidado de animales, etc.), siendo un pilar fundamental la actividad deportiva. El 100% de los jóvenes que acoge *Neue Horizonte* han participado regularmente en deportes de aventura, como senderismo, escalada, rafting. Gracias a la climatología de la región donde se sitúa el proyecto y al fácil acceso a los deportes acuáticos, estos son los preferidos por los jóvenes, sobre todo en épocas estivales, cuando realizan regularmente excursiones en kayak. Algunos jóvenes se apuntaron a clubs de remo. Las preferencias deportivas entre los jóvenes fueron sobre todo la equitación, el fútbol, el hockey, el remo y el tenis de mesa. Por lo general, los jóvenes son bastante activos, participando algunos de ellos en eventos deportivos como el Eternal Running.

Conclusiones

Las medidas pedagógicas individuales en el extranjero se presentan como una teoría y práctica pedagógica que se generó en la colaboración entre instituciones alemanas para la atención a menores y organizaciones privadas sin fines de lucro. El fin de estas medidas consiste en la rehabilitación de menores alemanes con problemas en proyectos localizados fuera del país, cuando las medidas ofrecidas por las instituciones pedagógicas en el territorio nacional ya no parecen adecuadas para poder conseguir este objetivo. La revisión de datos estadísticos oficiales permite llegar a la conclusión de que las medidas pedagógicas individuales ofrecidas por el sistema social alemán para jóvenes con problemas en países extranjeros se pueden considerar un fenómeno excepcional en el conjunto de las actuaciones socio-pedagógicas que solamente se aplican en casos contados y en situaciones muy especiales por parte de un número limitado de oficinas.

La asociación *Neue Horizonte* ofrece ayudas individuales específicas y flexibles para jóvenes alemanes en la provincia de Almería, creando la distancia necesaria hacia el espacio social problemático para el joven y ofreciendo un nuevo entorno social sin crisis. Su objetivo educativo más importante consiste en la capacitación de los jóvenes a su cargo para actuar responsablemente como ciudadanos emancipados. La estimulación de la actividad física y la oferta de un proyecto deportivo se presentan como elementos importantes en el conjunto de las medidas pedagógicas realizadas por esta asociación. Aunque no es posible medir aisladamente el efecto de este tipo de actividades sobre la

evolución personal de los jóvenes atendidos, tanto el caso individual relatado, como los datos estadísticos presentados, fundamentan la evaluación que se trata de un instrumento pedagógico eficaz con unos resultados claramente positivos en el proceso de rehabilitación de los jóvenes con problemas.

El éxito de los esfuerzos pedagógicos de *Neue Horizonte*, así como de otras asociaciones similares que fueron el objeto de diversos estudios científicos, invita a reflexionar sobre la cuestión, si la transferencia de este modelo alemán a los sistemas sociales de otros países desarrollados sería conveniente. Aun teniendo en cuenta que las tradiciones nacionales y locales juegan un papel importante en el sistema de atención a menores de cada país que dificulta la introducción de conceptos novedosos, sería deseable, según nuestro parecer, que se discutiesen las ventajas y desventajas del modelo pedagógico presentado también en los discursos pedagógicos de otros países.

Referencias

- Buchkremer, Hansjosef; Emmerich, Michaela; Groneick, Uli (2011). *Individualpädagogische Hilfen im Ausland - Eine Handreichung*. Sin lugar: Verlag Dr. Kovac.
- Fischer, Torsten; Ziegenspeck, Jörg W. (2009). *Betreuungs-Report Ausland. Eine empirische Analyse zur Wirklichkeit und Wirksamkeit intensivpädagogischer Betreuungsmaßnahmen im Ausland*. Hergensweiler: Ziel.
- Klausch, Irma (2007). Erfahrungen mit Hilfen im Ausland für Kinder und Jugendliche. *Unsere Jugend*, 59, pp. 164-173.
- Klawe, Willy (2010). *Verläufe und Wirkfaktoren individualpädagogischer Maßnahmen - Eine explorativ-rekonstruktive Studie*. Köln: AIM Bundesarbeitsgemeinschaft Individualpädagogik e.V.
- Klawe, Willy (2013). *Das Ausland als Lebens- und Lernort. Interkulturelles Lernen in der Individualpädagogik. Eine Expertise*. Dortmund: Comedia.
- Lembert, Anne-Veronika (2008). *Zur Erziehung ins Ausland? - Individualpädagogische Hilfemaßnahmen im Ausland für, verhaltensauffällige“ Kinder und Jugendliche*. Leipzig: Trabajo Fin de Grado, no publicado.

- Lindemann, Uwe (2015). *Individualpädagogische Betreuung von Jugendlichen in Auslandsmaßnahmen - Evaluation von Inhalten und Zielen aus der Sicht von Teilnehmer/innen des Projektes, Neue Horizonte“ in Andalusien/Spanien*. Berlin: Sozialmanufaktur.
- Neue Horizonte (Ed.) (2013). *Neue Horizonte. Stationäre Jugendhilfe in Spanien. 2001 – 2013*. Folleto. Disponible en: <http://www.neuehorizonte.com/Sites/Jugendamt/Formulare.html> [Consulta del 26 de abril de 2016].
- Neue Horizonte (Ed.) (2015). *Individualpädagogische Betreuung von Jugendlichen in Andalusien*. Berlin: Sozialmanufaktur.
- Oberg, Kalervo (1960). Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments. *Practical Anthropology* 7, pp. 177-182, disponible en http://www.agem-ethnomedizin.de/download/cu29_2-3_2006_S_142-146_Repr_Oberg.pdf [Consulta del 26 de abril de 2016].
- Pforte, Stefan; Wendelin Holger (2007). Intensivpädagogische Auslandsmaßnahme in den Hilfen zur Erziehung. Erste Ergebnisse einer Studie des Instituts für Erlebnispädagogik (Befragung der Träger). *Forum Erziehungshilfen, Heft 3*.
- Rousseau, Jean Jacques (1997). *Emilio*. Madrid: Biblioteca Edaf.
- Statistisches Bundesamt (2014). Kinder- und Jugendhilfestatistiken - Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform. Disponible en: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/HeimerziehungBetreuteWohnform.html;jsessionid=169DBFB4EB0E051BFD263839D1F74CCF.cae3> [Consulta del 26 de abril de 2016].
- Wendelin, Holger (2010). *Intensivpädagogische Erziehungshilfen im Ausland – Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen*. Siegen: tesis doctoral.
- Witte, Matthias (2009). *Jugendliche in intensivpädagogischen Auslandsprojekten. Eine explorative Studie aus biografischer und sozialökologischer Perspektive*. Hohengehren: Schneid.

DEPORTE INCLUSIVO Y DISCAPACIDAD

ESQUÍ NÁUTICO COMO MEDIO DE INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN ENFOQUE BASADO EN CAPACIDADES EN TORNO A UN ESPECTRO DE INCLUSIÓN

David Suárez Iglesias*, Mario Suárez García**

**Universidad de León; **Director Técnico, Club Deportivo Esquí Náutico León*

dsuai@unileon.es

Resumen

Este artículo contextualizará los deportes y actividades físicas adaptadas desarrolladas en el medio acuático natural, deteniéndose en el esquí náutico para personas con discapacidad. Hará un recorrido desde sus orígenes hasta la actualidad, y después se explicará su impacto en España. A continuación abordará las actividades realizadas por el Club Deportivo Esquí Náutico León (ESNALE), fundado en 2010 e impulsor del esquí náutico inclusivo en nuestro país. Su provisión de servicios se basa en la concepción, desarrollo y aplicación de una metodología y filosofía de enseñanza y entrenamiento personalizado del deportista, de acuerdo al enfoque basado en capacidades, propuesto por Emes, Longmuir, y Downs (2002); lo que da pie a un marco de variadas situaciones de actividad física adaptada, como jornadas de iniciación y tecnificación, “Semanas de Deporte Adaptado al Esquí Náutico” y “Certámenes de Esquí Náutico Inclusivo de Castilla y León”, que pueden ser ordenadas en torno a un espectro de inclusión, sugerido por Black y Stevenson (2011). También se postulará la “esquidad” como valor concerniente a las actividades conducidas, las cuales pueden ser identificadas, finalmente, como buenas prácticas inclusivas.

Palabras clave: (dis)capacidad, enfoque basado en capacidades, espectro de inclusión, esquí náutico, inclusión social.

Introducción

La inclusión social y la accesibilidad presiden desde hace tiempo el discurso de las agendas políticas de los gobiernos occidentales (Thomas y Smith, 2009). Pese a que la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 exhortaba a instituciones y Estados comunitarios a construir una sociedad plenamente inclusiva mediante un proceso de capacitación de las personas con discapacidad (Comisión Europea, 2010), estas personas aún perciben barreras asociadas a limitantes económicos, administrativos y actitudinales, en una sociedad que no ha priorizado o financiado suficientemente la actividad física en esta población (Mulligan, Miyahara, y Nichols-Dunsmuir, 2016).

En 2010, coincidiendo con la puesta en marcha de dicha Estrategia, se fundaba el Club Deportivo Esquí Náutico León (ESNALE), organización deportiva de base que promueve el esquí náutico a escala local e interfederativa, celebrando jornadas de formación y entrenamiento, competiciones y otros eventos para la difusión y desarrollo del deporte, con especial atención a los colectivos con discapacidad (ESNALE, 2015).

Ante la progresiva popularidad de ciertos deportes de invierno adaptados, donde destaca el esquí alpino por ser accesible para un gran espectro de personas con discapacidad (Alcaraz-Ibañez, Pérez Romero, Aguilar-Parra, y Trigueros, 2016), ESNALE proyectaba su equivalente en los meses de verano, contribuyendo a alcanzar las recomendaciones sobre actividad física para la salud en esta población insuficientemente activa (Martin, 2013).

Deportes y actividades recreativas adaptadas en el medio acuático natural

Williams, Vogelsong, Green, y Cordell (2004) han señalado la práctica de actividades recreativas en el medio acuático natural, propias de la época estival, como una tendencia creciente entre aquellos con discapacidad motora. Socialmente inclusivas, adquiridos los fundamentos técnicos básicos cubren amplios rangos de edad, habilidad y condición física (Church et al., 2001). Las motivaciones para su práctica son similares a las de sus pares sin discapacidad, indica Ross (2001): ocio, educación y terapia, acordes con ámbitos de aplicación de la actividad física adaptada como el recreativo, el educativo y el terapéutico, que brindan nuevas posibilidades de actuación e incitan a la participación a cualquier nivel de personas con discapacidad (Pérez-Tejero, Reina, y Sanz, 2012).

En este sentido, los beneficios de programas adaptados fundamentados en deportes y actividades recreativas en el medio acuático natural están demostrados en la literatura, y son prácticamente iguales para personas con y sin discapacidad (Williams et al., 2004). Previendo el empleo de dispositivos de asistencia y cierta planificación adicional, los participantes con discapacidad experimentan mejoras en la autoestima, las relaciones interpersonales, la autosuperación o la independencia (Ross, 2001; Winnick, 2011). Williams et al. (2004) añaden ganancias en la autoconfianza, las habilidades para el ocio, la fijación de metas y el manejo del estrés, revelando asimismo la eficacia de estos programas para aumentar la aceptación entre sus compañeros sin discapacidad. En particular, Cordellos (1976) afirma que pocas experiencias en el agua pueden desarrollar tan rápida y espectacularmente la autoconfianza en personas con discapacidad visual como el esquí náutico.

Historia del esquí náutico adaptado: plano internacional y nacional

El esquí náutico es una de las experiencias más populares en el medio acuático, donde individuos o grupos son traccionados detrás de una embarcación a motor o un sistema cable ski mientras se deslizan sobre el agua mediante dos esquís, un esquí, o descalzos (Nauright y Parrish, 2012). La International Waterski & Wakeboard Federation (IWWF) estima su práctica en 30 millones de personas en los cinco continentes, reflejando su alto impacto competitivo la presencia en el programa de eventos multideportivos como los Juegos Mundiales, los Juegos Mediterráneos o los Juegos Panamericanos (IWWF, 2013).

Fundación y difusión del deporte, 1920-1949

Sus orígenes son reivindicados por Francia y Estados Unidos en la década de 1920. Durante esa década y la siguiente fue promocionado en demostraciones por diversos estados. Los franceses exhibieron el esquí náutico en la Exposición Universal de 1937 en París, repitiendo dos años después en la de Nueva York. También en 1939 se constituyó la American Water Ski Association. En 1946, Francia, Suiza, Bélgica y Estados Unidos crearon la World Water Ski Union, posteriormente IWWF, celebrándose el primer campeonato del mundo en 1949 en Francia (Fédération Française de Ski Nautique & de Wakeboard, s.f.; Nauright y Parrish, 2012).

Surgimiento de practicantes con discapacidad, 1950-1969

La incorporación de personas con discapacidad fue tardía y está escasamente documentada. En los años 50 el esquí náutico para ciegos comienza a notarse en Estados Unidos por historias puntuales en periódicos (Cordellos, 1976), envueltas en un clima nacional propenso al movimiento del “Deporte para todos” (Hutzler y Sherrill, 2007). De hecho, Cordellos (1976) constata la organización de actividades como la de un centro de orientación para personas ciegas de California, en la que 35 estudiantes y sus acompañantes usaron esquís o una tabla circular para deslizarse sobre el agua durante un fin de semana de 1958. En esta época, la mayoría de esquiadores presentaban discapacidad visual o amputaciones. Los primeros dependían completamente del examen táctil de los equipos y las instrucciones verbales sobre su uso, empleando dos esquís (Cordellos, 1976), mientras que los segundos podían utilizar uno o dos esquís en función de la altura y lateralidad de las partes amputadas, y el uso o no de prótesis (Kegel, 1985). La única ayuda técnica en ambos casos eran los “booms” (BDWWA, s.f.), barras extendidas lateralmente desde el centro de la embarcación, cuyo agarre facilitaba salir del agua, equilibrarse y mantener una posición estable mientras se esquiaba cómodamente cerca del instructor (Kegel, 1985).

Innovaciones técnicas y primeros cursos, 1970-1985

El equipamiento específico adaptado desbloqueó la entrada a este deporte a numerosas personas con discapacidad. En Reino Unido se desarrollaron dos soluciones extendidas mundialmente: en los años 70 la “Delger Sling”, para compensar la falta de tracción en un hemicuerpo de esquiadores con una sola mano, así como la “Triple Bar” de Tony Edge, un refinamiento del “boom” que redujo el tiempo de aprendizaje en las salidas del agua para personas con discapacidad física. Tony Edge fue elegido en 1979 primer presidente de la British Disabled Waterski & Wakeboard Association (BDWWA), la cual comenzó a organizar cursos de enseñanza en clubes británicos y publicar sugerencias de instrucción para principiantes con discapacidad (BDWWA, s.f.; Kegel, 1985).

No obstante, los intentos por cubrir las demandas de personas con pérdida parcial o completa de la movilidad del miembro inferior habían tenido menor éxito, como algunos modelos belgas de “esquí sentado”, inspirados en el diseño y función del “Monoski” (Kegel, 1985). El diseño de la “Kan-Ski” en 1983 a cargo del estadounidense Royce Andes respondió a las necesidades de personas con paraplejia y lesiones medulares altas,

al ofrecer un elevado grado de apoyo lateral alrededor del tórax, sin correas de anclaje, y facilitando su uso en el agua sin asistencia externa (Andes, 1989; Buckley y Heath, 1995).

Expansión global y deporte competitivo, 1986-1992

La Kan-Ski permitió la evolución del esquí náutico adaptado hasta hacerse competitivo a escala internacional en 1986, cuando en Noruega se celebró el primer torneo con representantes de varios países y se constituyó el grupo original del “Disabled Council” de la IWWF, encargado en adelante de promover y regular los eventos sancionados. En 1987 tuvo lugar el primer World Trophy en el Heron Lake, Inglaterra, sede de la BDWWA. Tras adquirir impulso en Europa, el interés fue concentrándose en otros continentes. Así, se celebraron en 1989 y 1991 el segundo y tercer World Trophy, en Australia y Estados Unidos respectivamente (Grew, 2015).

Los Campeonatos del Mundo, 1993-Presente

Los primeros World Championships fueron acogidos en 1993 en Francia, y desde aquel momento han tenido carácter bianual. La edición más reciente, en 2015 en Estados Unidos, congregó 49 esquiadores de 11 países (Grew, 2015). Hoy en día las disciplinas de esquí son tres: figuras, salto y slalom, con el audio slalom en la división de discapacidad visual. Concretamente, existen tres divisiones de competición: “división de pie”, combinando las categorías de esquiadores con discapacidades en miembro superior (A1 y A2), amputados de miembro inferior con y sin prótesis (L y LP) y discapacidades de miembro superior e inferior (A/L1 y A/L2); “división sentada”, agrupando las categorías de esquiadores con paraplejia o tetraplejia y doble amputación de miembro inferior (de MP1 a MP5); y “división de discapacidad visual”, reuniendo las categorías de esquiadores ciegos o con deficiencia visual (V1 y V2/3) (IWWF, 2016). Mención aparte merecen las personas sordas, sin representación desde 1989 (Grew, 2015). Con frecuencia, los esquiadores náuticos con discapacidad adolecen de entrenador, incluso a nivel internacional, teniendo que prepararse por su cuenta (de Bressy de Guast, Golby, Van Wersch, y D’Arripe-Longueville, 2013).

Fuera del ámbito competitivo, el ánimo inclusivo queda patente gracias a jornadas y cursos para instructores y esquiadores con discapacidad, destacando programas de dimensión nacional en Gran Bretaña a cargo de la British Water Ski & Wakeboard, como el BSWW Inclusive Sites o las actividades tradicionalmente conducidas por la BDWWA

(BWSW, 2016), desde Canadá con el proyecto SkiAbility de la Water Ski & Wakeboard Canada (WSWC, 2016), o con la labor en Estados Unidos de UCanSki2, un club afiliado a la USA Water Ski (Winnick, 2011).

Esquí náutico adaptado en España: escena competitiva (1988-2003), enseñanza (2002-2016) y tendencias de participación

No están claros los precursores del esquí náutico para personas con discapacidad en España, pero las referencias iniciales conducen a Susana Herrera, esquiadora con discapacidad visual vencedora en diversas ediciones de Campeonatos Europeos (1988, 1990, 1991 y 1993), así como en el World Trophy de 1991 (Federació Catalana d'Esquí Nàutic i Wakeboard, 2014), ostentando todavía records mundiales de wake slalom en categoría V1 femenina (IWWF Disabled Council, 2016). Durante la década de los 90, el equipo español contaba con representantes de otras categorías. Su capitana era Carmen de Mas i Caral, entrenadora y encargada del “Comité de Minusválidos” de la entonces Federación Española de Esquí Náutico (C. Ferrer Bosch, comunicación personal, 18 abril 2016). La llegada del siglo XXI supuso la celebración en España durante 3 años consecutivos de campeonatos nacionales y Euro Tour para personas con discapacidad, los últimos en 2003 en la provincia de Gerona (IWWF, 2003). A partir de ahí, se inicia un periodo de baja o nula actividad por parte del Comité competente de la actual Federación Española de Esquí Náutico y Wakeboard (FEEW) mantenido hasta ahora, circunscrito a la problemática de la expedición de licencias deportivas originada por el proceso político de integración del deporte adaptado en el deporte general (Martinez Ferrer, 2016), así como la desaparición de deportistas con suficiente nivel competitivo.

Respecto a la enseñanza del deporte para personas con discapacidad, esta fue promovida por las organizaciones Fundación También y Fundación Deporte y Desafío a principios de siglo (Reina, 2011). La segunda realizó cursos desde 2002 a 2011 dirigidos por Carmen de Mas (Deporte y Desafío, 2016). Desde 2009, la cifra de licencias federativas nacionales en esquí náutico ha ido reduciéndose hasta las 723 registradas en 2015, para un total de 30 clubes (Consejo Superior de Deportes, 2016). En un ciclo de insuficiente provisión de actividades, máxime en su vertiente adaptada, ESNALÉ irrumpe en 2010 trasladando el principal foco nacional del esquí náutico adaptado a la provincia de León (Comité Paralímpico Español, 2011).

De cualquier manera, la interacción dinámica con factores ambientales, personales y de las actividades (Kasser y Lytle, 2013), que actúan generalmente como barreras en deportes y actividades recreativas en el medio acuático natural, puede extrapolarse para explicar la pobre participación de personas con discapacidad en el esquí náutico en España:

a) la histórica falta de accesibilidad, tanto física (terrenos irregulares, instalaciones sin adaptaciones), que en personas con discapacidades motrices les hace experimentar desatención e inseguridad personal (Williams et al., 2004); como administrativa, con rigurosos controles de gestión de los recursos hídricos y restricciones debido a los problemas de uso múltiple de los sitios (Jennings, 2007); así como informativa, puesto que la difusión de la oferta de actividades náuticas está acotada a unos pocos sectores de la población (Alías García y Hernández Rodríguez, 2015),

b) la escasez de recursos económicos en estos colectivos (Church et al., 2001), siendo condicionantes la cantidad de equipo especializado y adaptado que demanda el deporte (Williams et al., 2004); así el esquí náutico puede ser advertido como un pasatiempo de privilegiados, pues requiere de un entrenador, un piloto y una embarcación que consume mucho combustible (Tsai, 2015), y el acceso de esquiadores a las aguas continentales suele implicar un pago (Church et al., 2001),

c) la reducida conciencia y conocimiento de los proveedores de esquí náutico adaptado y de los potenciales usuarios (WSWC, 2016), con una falta de percepción de habilidad suficiente, un extendido miedo al agua o la creencia de que muchos entornos acuáticos presentan niveles de contaminación inaceptables (Church et al., 2001),

d) la mínima programación de la limitada oferta de esquí náutico para personas con discapacidad (WSWC, 2016), relacionada por un lado, según Ross (2001), con la carencia de investigaciones que aborden los métodos de proporcionar deportes y actividades recreativas adaptadas en el medio acuático natural; y por otro lado, vinculada a la estacionalidad en su provisión, donde la mitad o más de los practicantes de esquí náutico españoles sólo lo realizan en vacaciones (García Ferrando, 2006).

Un proceso inclusivo en la provisión de esquí náutico adaptado

La trayectoria de ESNALE desde 2010 en la introducción de personas con todo tipo de capacidades al esquí náutico debe ligarse a la última definición de actividad física adaptada (AFA), aportada por Hutzler y Hellerstein (2016). En atención a la misma, este club se ha posicionado como una entidad que proporciona servicios y actividades físicas modificadas para satisfacer las necesidades de sus participantes, con el objetivo final de conseguir un efecto adaptativo positivo en ellos. ESNALE dispone de embarcación, materiales deportivos, equipos de flotación individual y personal instructor, estando abierto a cualquier solicitud de aprendizaje en esquí náutico.

La comprensión de los diversos escenarios en que estos servicios y actividades se han presentado puede enmarcarse en un proceso inclusivo, donde las demandas estructurales o de conducta se ajustan a la motivación, intereses y capacidades de los participantes (Nixon, 2007; Reina, 2014). Para explicar lo apropiado del proceso inclusivo seguido por ESNALE, se exponen dos perspectivas inherentes a la AFA y complementarias: el “enfoque basado en capacidades” (abilities-based approach) de Emes, Longmuir, y Downs (2002), y el “espectro de inclusión” (inclusion spectrum) de Black y Stevenson (2011).

Para alcanzar el comentado “efecto adaptativo positivo” (Hutzler y Hellerstein, 2016), se apostó desde ESNALE por la esencia del enfoque basado en capacidades, contraria a lo habitual en programas de AFA, pues considera a cada persona como única (Emes et al., 2002). Sostienen estos últimos autores que en un formato de análisis de tareas, el conocimiento y habilidad del experto en AFA sirven para crear la mayor compatibilidad entre las demandas de participación y/o aprendizaje en una situación específica de la actividad, y las capacidades funcionales de la persona (por ejemplo, fuerza o resistencia). Se fomenta la imaginación y capacidad de observación del profesional, animado a comprender a la persona y sus capacidades, participando junto al alumno en roles de co-aprendizaje en el proceso de toma de decisiones sobre el tipo de actividad elegida y los fines asociados con la sesión.

De acuerdo con este enfoque, la Tabla 1 esboza modificaciones para favorecer la práctica de la disciplina de slalom por parte de personas con todo tipo de capacidades, por ser la más próxima al esquí náutico libre. El slalom implica percibir, interpretar y llevar a cabo variadas combinaciones de movimientos con adecuada precisión, momento y

potencia, demandando capacidades funcionales como fuerza muscular, resistencia anaeróbica, coordinación, o equilibrio (Favret, 2010; Mullins, 2007).

Tabla 1. Modificaciones para un rango de capacidades diferentes en la disciplina de slalom, según modelos de tablas para actividades inclusivas de Kasser y Lytle (2013)

<i>Capacidades funcionales</i>	<i>Modificación</i>
<i>Fuerza</i>	Permitir esquí solo en ciertas condiciones ambientales (viento, agua) Regular velocidad Ofrecer alternativas de agarre y de ayuda en la salida (p.ej., booms, Edge Triple Bar, Delger Sling, arneses, bloque de salida en el esquí) Esquiar junto a un acompañante (instructor de apoyo)
<i>Resistencia</i>	Ajustar tiempo de esquí individual (control de fatiga central y periférica) Adecuar tiempos de recuperación y descanso (mediante turnos/rotaciones de esquí) Prever nutrición e hidratación Lograr termorregulación eficaz (prendas de materiales aislantes) Utilizar elementos accesorios de protección (p. ej., calcetines)
<i>Coordinación y agilidad</i>	Regular longitud y anchura de los esquís Reducir medidas del campo de slalom Controlar número de cruces de olas
<i>Equilibrio y control postural</i>	Regular longitud y anchura de los esquís Usar sistema de abrazadera (“sujeta-esquís”) Emplear equipos de deslizamiento alternativos (p.ej., hinchables, Kan-Ski) Incorporar elementos auxiliares a la Kan-Ski (p. ej., estabilizadores, respaldo) Regular longitud y altura de la cuerda de arrastre
<i>Comprensión conceptual</i>	Pre-visualizar representación de la técnica deportiva (técnico in situ, video) Ayudar verbalmente Guiar físicamente Esquiar junto a un acompañante Adecuar duración y contenidos de fases del aprendizaje
<i>Atención</i>	Esquiar junto a un acompañante Esquiar solo cuando no haya otras embarcaciones Reducir tiempo de esquí
<i>Percepción sensorial</i>	Reconocer táctilmente los equipos y materiales Guiar físicamente Guiar con señales acústicas Acordar técnicas de comunicación para las instrucciones (p. ej., estímulos visuales: gestos manuales, movimientos cabeza)
<i>Auto-responsabilidad</i>	Establecer proximidad física (p. ej., flotar junto a un instructor o el equipo deportivo) Esquiar junto a un acompañante Reforzar comportamientos positivos Flexibilizar elecciones, límites, rutinas y expectativas a las del alumno

La intención final de ESNALE es garantizar un ambiente en el que todas las personas dispongan de las mismas oportunidades de participación. Tal objetivo se podría articular alrededor del espectro de inclusión de Black y Stevenson (2011), empleado desde sus versiones más tempranas en los programas de organizaciones de Reino Unido, Australia o Finlandia (Black y Williamson, 2011) y recogido recientemente desde un punto de vista académico por Misener y Darcy (2014). Según ambos grupos de autores, el espectro (Figura 1) asiste a los entrenadores en la adopción de un conjunto de estrategias como las actividades separadas, de deporte adaptado, paralelas, modificadas y abiertas, tomando en cuenta las condiciones existentes (composición del grupo, naturaleza de actividad, medio ambiente, equipamiento y número de recursos humanos). Se adapta a cualquier nivel de los participantes, también sin discapacidad, y les permite moverse hacia otras estrategias.

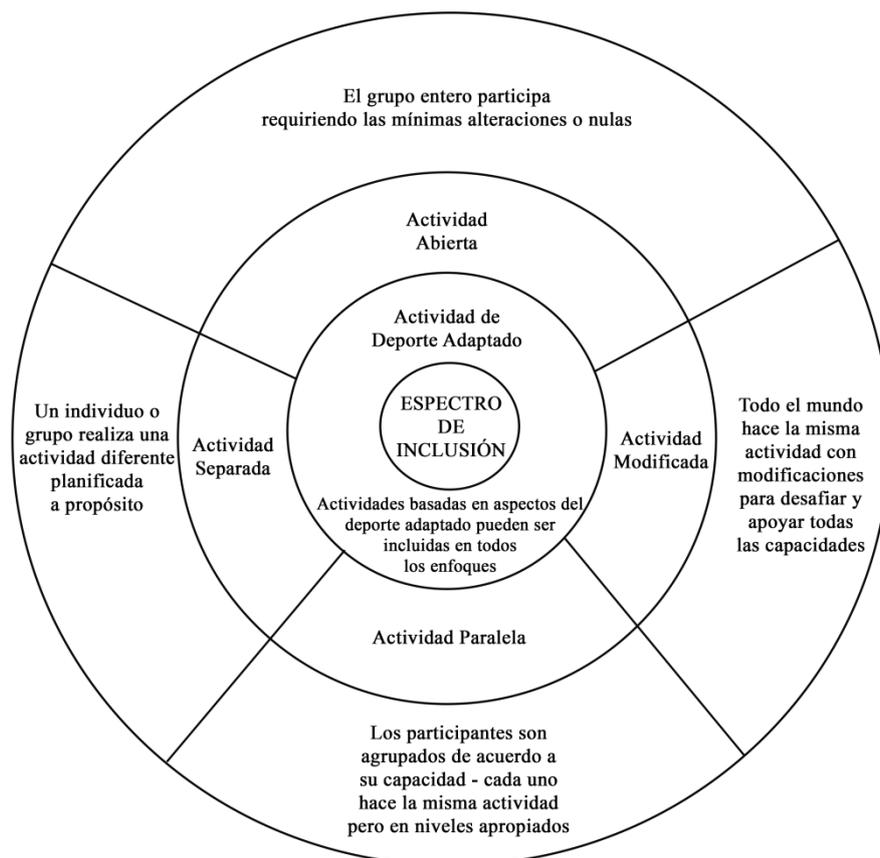


Figura 1. Espectro de inclusión, adaptado de Black y Williamson (2011).

Las actividades de esnale: teoría aplicada

Actividades separadas

ESNALE realiza instrucción en seco sobre cuestiones de seguridad o en una piscina para acostumbrarse a sensaciones propias del esquí náutico, pudiendo utilizar elementos hinchables de deslizamiento como tubos o donuts. La instrucción en seco también introduce juegos donde se imitan gestos técnicos deportivos mediante comparaciones con acciones de la vida cotidiana.

Actividades de deporte adaptado

Para promover la noción de inclusión inversa (Black y Stevenson, 2011), todos los participantes (esquiadores, instructores, voluntarios) son involucrados en el descubrimiento del equipamiento adaptado. Por ejemplo, practicando con la Kan-Ski, ejercicio típico cuando un instructor desea demostrar en qué consiste la técnica de salida y estabilización desde un boom, en las etapas más tempranas de la enseñanza. Conocer en profundidad y probar el material deportivo otorga a su vez una mayor sabiduría de la especialidad (McMaster, Culver, y Werthner, 2012).

Actividades paralelas

En la disciplina de slalom, los esquiadores entran en un campo de 6 boyas fijas, 3 posicionadas a la derecha y 3 a la izquierda del centro del campo, pasando entre dos boyas consideradas la puerta de entrada, y deben maniobrar sus esquís girando en zigzag por el exterior de cada una de las 6 boyas, abandonando el campo por la puerta de salida. Se comienza a esquiar con una velocidad de arrastre y longitud de cuerda determinadas y, según se completen pasadas exitosas, progresivamente se irá incrementando la velocidad hasta un límite, reduciendo a continuación la longitud de cuerda (Mullins, 2007). Esta disciplina se presta muy bien a que participantes con diferentes capacidades puedan agruparse para ir completando pasadas en el campo de slalom adecuadas a sus niveles y ritmos, en términos de velocidad de la embarcación y longitud de cuerda.

Actividades modificadas

Cambiar el área de actividad o las reglas ayuda a la inclusión (Black y Williamson, 2011). En la práctica de slalom, por ejemplo, configurar un campo interior con 6 nuevas boyas más próximas al centro permite a esquiadores sentados llegar a tiempo al giro de boyas. Igualmente, se puede eliminar la norma de completar 6 giros en el campo exterior

para asegurar el éxito de una pasada, combinando giros tanto en boyas exteriores como interiores, o la obligación de pasar por la puerta de entrada previa acometida de los 6 giros del campo. También se plantea la posibilidad de eludir el campo de slalom y, simplemente, completar 6 giros cruzando las olas de forma libre.

Actividades abiertas

El “Reglamento Técnico de Esquí Náutico Adaptado 2016” de la IWWF solo contempla participantes cuyas deficiencias supongan una desventaja física significativa en su capacidad para competir de manera justa en competiciones de personas sin discapacidad, si bien habilita categorías de demostración, donde las reglas y condiciones técnicas son similares a las de categorías regulares, pero sin estar definidas de antemano, con el afán de propiciar una competición genuina y justa entre dos o más esquiadores que tengan un mismo tipo de discapacidad en grado comparable (IWWF, 2016).

El hecho de efectuar clasificaciones funcionales perpetúa la categorización de estos deportistas (Reina, 2014). Frente a esta postura, ESNALE ha insistido desde 2010 en la formación y entrenamiento en el esquí náutico de personas con discapacidad, a través de la celebración de jornadas de iniciación y “Semanas de Deporte Adaptado al Esquí Náutico” (cumplirán su séptima edición en 2016), creando una base de deportistas capaces de lograr un nivel cercano a la esfera competitiva, para poder celebrar eventos de carácter inclusivo. De este modo, desde 2014 se organiza anualmente el “Certamen de Esquí Náutico Inclusivo de Castilla y León” y, por primera vez en España, se concibe un equipo de corredores inclusivos en esquí náutico, personas con y sin discapacidad procedentes de diferentes puntos de la geografía nacional.

Los certámenes inclusivos de ESNALE reúnen participantes con y sin discapacidad compitiendo por el mejor resultado en tres disciplinas, sin divisiones o categorías: “mini-slalom”, que sigue la dinámica de la disciplina clásica de slalom sustituyendo el campo de boyas exteriores por el de boyas interiores; “cruce de olas”, donde se cruza el mayor número de veces a través de ambas olas durante un periodo de tiempo prefijado, puntuando cada ola superada; y “resistencia”, cuya meta es acumular el mayor tiempo o distancia de esquí posibles ejecutando una cadencia determinada de giros en ambos sentidos o cruces de olas. La velocidad, a priori constante, puede ir ajustándose dependiendo de las condiciones ambientales o el tráfico de embarcaciones en el agua.

Además, tienen cabida exhibiciones inclusivas por parte de esquiadores sentados y de pie, los cuales cruzan con libertad las olas mientras son traccionados en paralelo por cuerdas de igual longitud (Figura 2).



Figura 2. Exhibición inclusiva, esquiadores náuticos de pie y sentado (“actividad abierta”)

EQUIDAD EN EL ESQUÍ NÁUTICO INCLUSIVO: “ESQUIDAD”

En el contexto de la inclusión social en la actividad física y el deporte, equidad es una palabra que parece vincularse a la inclusión (Hayes y Stidder, 2003; Penney, 2002). Precisamente, según Misener y Darcy (2014) los organizadores de los Juegos Paralímpicos y Olímpicos de Londres 2012 quisieron aprovechar las oportunidades para la inclusión en todos los niveles de participación uniendo tres pilares: diversidad, equidad e inclusión. Supuestamente, del término equidad se desprende el “respeto por la diferencia, justicia y equitatividad” (Hayes y Stidder, 2003, p. 5). Por su parte, en la construcción de oportunidades deportivas diversas, la inclusión podría entenderse de acuerdo con Nixon (2007, p. 419) como “la etapa final de la integración de las personas con discapacidad en una competición deportiva u organización, en la que están involucrados, aceptados y respetados en todos los niveles de la competición o la organización”.

El esquí náutico no permanece ajeno a los conceptos anteriores. No en vano, el agua equipara sensaciones, y muchas personas con discapacidad consiguen una mayor

libertad y naturalidad de movimientos en ella que en la tierra (Barbieri y Papis, 2003). Una circunstancia que cobra relevancia en el esquí náutico libre o la disciplina de slalom, ya que esquiadores con y sin discapacidad se deslizan sobre el medio acuático de forma similar. Fundamentos como la alineación respecto a la embarcación, el control de la presión sobre los flancos del esquí, los movimientos de contra-rotación y el balanceo de proa-popa (Favret, 2010), son compartidos por el total de esquiadores, debiendo incorporar aspectos técnico-tácticos como la anticipación, la finura gestual en el franqueo de las boyas que marcan los giros y la optimización de la posición básica para cada uno de ellos en el cruce de olas o diagonales, siendo capaces de obtener aceleraciones y deceleraciones precisas (Mullins, 2007), pese a ligeras compensaciones técnicas ligadas al impulso, momento y amplitud en los giros de esquiadores sentados (de Bressy de Guast et al., 2013).

En definitiva, la equidad y la inclusión, a tenor de lo expuesto por parte de Hayes y Stidder (2003) y Nixon (2007), emanan de las prácticas inclusivas de ESNALE en virtud de la particular naturaleza de este deporte, que ofrece una sensación única en la interrelación dinámica del esquiador, independientemente de sus capacidades, con el entorno acuático, así como con los materiales y equipos necesarios para su práctica segura y efectiva; brindando la oportunidad a personas con y sin discapacidad de demostrar sus habilidades de esquí bajo las mismas condiciones y en todos los niveles de la competición u organización. Una idea intrínseca al esquí náutico inclusivo y que podría sintetizarse bajo el neologismo “*esquidad*”.

CONCLUSIONES

Este artículo ha puesto en valor atributos del esquí náutico en el campo de la AFA, no solo por su vigencia como deporte adaptado, sino también por su latente “*esquidad*”. ESNALE ha impulsado en España un esquí náutico abierto a todo tipo de personas en cualquier etapa de su vida, partiendo de una mentalidad e ideales a favor de la inclusión que han ido traduciéndose en última instancia en un ethos inclusivo puesto en acción, adecuándose al concepto de “*buenas prácticas inclusivas*”. Martínez Ferrer (2016), atendiendo a la mayoría de expertos, aclara que los criterios para una buena práctica inclusiva son básicamente cuatro:

Impacto positivo: ESNALE ha fomentado que los participantes con discapacidad se sintieran estimados, responsables, y tratados con respeto e igualdad, experiencias subjetivas capitales para un correcto sentimiento de integración, tal y como especifican van de Ven, Post, de Witte, y van den Heuvel (2005). Además, aunque lograr un cambio efectivo en pos de climas de inclusión en deporte adaptado es complejo y conlleva tiempo (Reina, 2014), se ha iniciado un proceso de valoración de los esquiadores con discapacidad como potenciales deportistas de alto nivel, alejando los prejuicios provenientes de los estamentos federativos del deporte general y que dicen percibir las personas con discapacidad interesadas en practicar deporte de competición (Martinez Ferrer, 2016), propiciando con éxito la inminente reactivación del antiguo “Comité de Minusválidos” de la FEEW tras años de inactividad (Gerencia de la FEEW, comunicación personal, 26 abril 2016).

Innovación: el enfoque basado en capacidades y el espectro de inclusión dotan de originalidad al abordaje metodológico de los servicios y actividades, siendo precursores en la aplicación de estas estrategias al esquí náutico. Con cada experiencia se aprende algo novedoso sobre el proceso de enseñanza y entrenamiento, y cómo poder refinar la metodología adoptada en etapas posteriores.

Replicabilidad: en la gestión del deporte para personas con discapacidad, el transporte, el alojamiento, las cuestiones materiales o las instalaciones son factores imprevisibles asociados con la discapacidad (de Bressy de Guast et al., 2013), pero el espectro de inclusión permite a los participantes elegir cómo y con quiénes quieren participar (Misener y Darcy, 2014). El proceso inclusivo desarrollado por ESNALE, adaptándose a las necesidades y gustos de todos los participantes, es reproducible en otros contextos si se respeta la individualidad del receptor de la AFA.

Sostenibilidad: los resultados acumulados durante más de un lustro por ESNALE han dibujado una trayectoria ascendente, garantizando la construcción de una teoría de actuación para un esquí náutico inclusivo y la transmisión de un legado en forma de futuros deportistas recreativos y de competición con todo tipo de capacidades.

Agradecimientos

A Carmen Ferrer Bosch, del *Europe & Africa Disabled Waterski Council*, por su ayuda con la historia del esquí náutico adaptado en España, y a Marcos López Flores, por su colaboración en la elaboración de la figura 1.

Referencias

- Alcaraz-Ibañez, M., Pérez Romero, A., Aguilar-Parra, J. M., y Trigueros, R. (2016). Deportes de invierno adaptados: salud, diversión y competición sin barreras. En J. Gallego, M. Alcaraz-Ibañez, J. M. Aguilar-Parra, y A. J. Cangas (Eds.), *IV Congreso Internacional de Deporte Inclusivo* (pp. 73–86). Almería: Universidad de Almería.
- Alías García, A., y Hernández Rodríguez, I. (2015). Conocimiento y valoración de los deportes náuticos por parte de los estudiantes de la Universidad de Almería. En R. P. Guerra y P. Martínez Martínez (Eds.), *Jornadas Nacionales de Deporte Universitario 2013: perspectivas de futuro del deporte universitario a nivel nacional* (pp. 133–140). Almería: Universidad de Almería.
- Andes, R. C. (1989). *Support seat for a ski*. U.S. Patent No. 4865572. Washington: U.S. Patent and Trademark Office.
- Barbieri, A., y Papis, O. (2003). *Deporte y recreación accesibles*. Buenos Aires: Nobuko.
- BDWWA. (s.f.). Our history. Recuperado 23 Abril 2016 de <http://bdwsa.org/who-we-are/this-is-a-sub-page>
- Black, K., y Stevenson, P. (2011). The inclusion spectrum incorporating STEP. Recuperado 18 Abril 2016 de <http://www.sportdevelopment.info/index.php/browse-all-documents/748-the-inclusion-spectrum>
- Black, K., y Williamson, D. (2011). Designing inclusive physical activities and games. En A. C. Roibás, E. Stamatakis, y K. Black (Eds.), *Design for sport* (pp. 195–224). Surrey: Gower.
- Buckley, M., y Heath, G. (1995). Design and manufacture of a high performance water-ski seating system for use by an individual with bilateral trans-femoral amputations. *Prosthetics and Orthotics International*, 19(2), 120–123.
- BWSW. (2016). Inclusive Sites. Recuperado 8 Mayo 2016 de

- <http://www.bsw.org.uk/clubs/inclusive-sites/>
- Church, A., Ravenscroft, N., Curry, N., Burnside, N., Fish, P., Joyce, C., ... Grover, S. (2001). *Water-based sport and recreation: the facts*. Londres: DEFRA. Recuperado 1 Mayo 2016 de: randd.defra.gov.uk/Document.aspx?Document=WC01001_1349_EXE.pdf
- Comisión Europea (2010). *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras* (Documento 52010DC0636) Recuperado 4 Mayo 2016 de: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52010DC0636>
- Comité Paralímpico Español. (2011). *Guía del deporte para todos*. Recuperado 8 Mayo 2016 de <http://www.guiadeporteparatodos.com/index.asp#form>
- Consejo Superior de Deportes. (2016). *Memoria 2015 / Licencias y clubes federados*. Recuperado 8 Mayo 2016 de <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/asoc-fed/LicenciasyClubes2015.pdf>
- Cordellos, H. C. (1976). *Aquatic recreation for the blind*. Washington, DC: Physical Education and Recreation for the Handicapped, Information and Research Utilization Center (IRUC). Recuperado de base de datos ERIC. (ED146719)
- de Bressy de Guast, V., Golby, J., Van Wersch, A., y D'Arripe-Longueville, F. (2013). Psychological skills training of an elite wheelchair water-skiing athlete: a single-case study. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 30(4), 351–72.
- Deporte y Desafío. (2016). *Deporte y Desafío. Fotografías de esquí náutico*. Recuperado 5 Mayo 2016 de <http://www.deporteydesafio.com/fotografias/fotos-squi-nautico.html>
- Emes, C., Longmuir, P. E., y Downs, P. (2002). An abilities-based approach to service delivery and professional preparation in adapted physical activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(4), 403–419.
- ESNALE. (2015). *Inicio: misión*. Recuperado 17 Abril 2016 de <http://esquinauticoleon.com/>
- Favret, B. (2010). *Water skiing and wakeboarding*. Champaign: Human Kinetics.
- Federació Catalana d'Esquí Nàutic i Wakeboard. (2014). *Història*. Recuperado 1 Mayo 2016 de <http://www.esquinautic.org/index.php/federacio/historia>

- Fédération Française de Ski Nautique & de Wakeboard. (s.f.). Historique et missions. Recuperado 7 Mayo 2016 de <http://www.ffsnw.fr/la-ffsnw/historique-et-missions>
- García Ferrando, M. (2006). *Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación. Encuesta hábitos deportivos de los españoles 2005*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/Siglo XXI.
- Grew, J. (2015). IWSF/IWWF* Water skiing for the disabled: an historical overview. Recuperado 29 Abril 2016 de <http://iwwfwaterskidisabled.webnode.com/history/>
- Hayes, S., y Stidder, G. (2003). *Equity and inclusion in physical education: contemporary issues for teachers, trainers and practitioners*. Nueva York: Routledge.
- Hutzler, Y., y Hellerstein, D. (2016). Adapted versus adaptive physical activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 33(2), 109–112.
- Hutzler, Y., y Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(1), 1–20.
- IWWF. (2003). Waterski calendar 2003. Recuperado 6 Mayo 2016 de <http://www.iwsf.com/calendar/Calendar2003.htm>
- IWWF. (2013). *Application to become an official sport at the European Games*. Recuperado 21 Abril 2016 de [http://www.iwwf-ea.eu/waterski/eameofficemailings.nsf/0/5445AA9746F8649FC1257B200033B7CC/\\$FILE/EuropeanGamesDossier.pdf](http://www.iwwf-ea.eu/waterski/eameofficemailings.nsf/0/5445AA9746F8649FC1257B200033B7CC/$FILE/EuropeanGamesDossier.pdf)
- IWWF. (2016). *2016 Technical rules for water ski for the disabled*. Recuperado 25 Abril 2016 de http://www.iwsf.com/16Disabled/2016_04_28IWWFDisabledRules_final.pdf
- IWWF Disabled Council. (2016). *Competition handbook water ski for the disabled*. Recuperado 25 Abril 2016 de http://www.iwsf.com/16Disabled/2016_IWWF_Compensation_Handbook_for_Disabled_Final_20160427.pdf
- Jennings, G. (2007). Water-based tourism, sport, leisure, and recreation experiences. En G. Jennings (Ed.), *Water-based tourism, sport, leisure, and recreation experiences* (pp. 1–20). Oxford: Elsevier.
- Kasser, S. L., y Lytle, R. K. (2013). *Inclusive physical activity: promoting health for a lifetime* (2ª ed.). Champaign: Human Kinetics.

- Kegel, B. (1985). Physical fitness. Sports and recreation for those with lower limb amputation or impairment. *Journal of Rehabilitation Research and Development. Clinical Supplement*, (1), 1–125.
- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2030–2037.
- Martinez Ferrer, J. O. (2016). *Estudio y protocolización del proceso de inclusión del deporte de competición de las personas con discapacidad en las federaciones deportivas convencionales en el Estado Español* (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España). Recuperado de <http://tdcat.cesca.es/handle/10803/351962>
- McMaster, S., Culver, D., y Werthner, P. (2012). Coaches of athletes with a physical disability: a look at their learning experiences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 4(2), 226–243.
- Misener, L., y Darcy, S. (2014). Managing disability sport: from athletes with disabilities to inclusive organisational perspectives. *Sport Management Review*, 17(1), 1–7.
- Mulligan, H., Miyahara, M., y Nichols-Dunsmuir, A. (2016). Multiple perspectives on accessibility to physical activity for people with long-term mobility impairment. *Scandinavian Journal of Disability Research*. Publicado en línea. doi: 10.1080/15017419.2016.1167772
- Mullins, N. M. (2007). Slalom water skiing: physiological considerations and specific conditioning. *Strength and Conditioning Journal*, 29(4), 42–54.
- Nauright, J., y Parrish, C. (2012). *Sports around the world: history, culture, and practice*. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Nixon, H. L. (2007). Constructing diverse sports opportunities for people with disabilities. *Journal of Sport & Social Issues*, 31(4), 417–433.
- Penney, D. (2002). Equality, equity and inclusion in physical education and school sport. En A. Laker (Ed.), *The sociology of sport and physical education: an introductory reader* (pp. 110–128). Londres: RoutledgeFalmer.
- Pérez-Tejero, J., Reina, R., y Sanz, D. (2012). La actividad física adaptada para personas

- con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 7(21), 213–224.
- Reina, R. (2011). Otras modalidades deportivas para deportistas con discapacidad física. En J. Palau Francàs, J. O. Martínez i Ferrer, M. Á. García Alfaro, y M. Ríos Hernández (Eds.), *Deportistas sin adjetivos: el deporte adaptado a las personas con discapacidad* (pp. 651–706). Madrid, España: Consejo Superior de Deportes, Real Patronato sobre Discapacidad, Comité Paralímpico Español.
- Reina, R. (2014). Inclusión en deporte adaptado: dos caras de una misma moneda. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 55–67.
- Ross, J. E. (2001). Water-based outdoor recreation and persons with disabilities. En A. J. Fedler (Ed.), *Defining Best Practices in Boating, Fishing, and Stewardship Education* (pp. 142–156). Alexandria, VA: Recreational Boating and Fishing Foundation (RBFF). Recuperado de base de datos ERIC. (ED463933)
- Thomas, N., y Smith, A. (2009). *Disability, sport and society: an introduction*. Abingdon: Routledge.
- Tsai, C. (2015). Opportunities and challenges in wake sports in Taiwan. En H. K. Leng y N. Y. Hsu (Eds.), *Emerging trends and innovation in sports marketing and management in Asia* (pp. 179–190). Hershey: IGI Global.
- van de Ven, L., Post, M., de Witte, L., y van den Heuvel, W. (2005). It takes two to tango: the integration of people with disabilities into society. *Disability & Society*, 20(3), 311–329.
- Williams, R., Vogelsong, H., Green, G., y Cordell, K. (2004). Outdoor recreation participation of people with mobility disabilities: selected results of the national survey of recreation and the environment. *Journal of Park & Recreation Administration*, 22(2), 85–101.
- Winnick, J. P. (2011). *Adapted physical education and sport* (5ª ed.). Champaign: Human Kinetics.
- WSWC. (2016). Adaptive: are you “ski-able”? Recuperado 8 Mayo 2016 de <http://wswc.ca/Programs/SkiAbility>

EQUITACIÓN INCLUSIVA: OCIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Alejandra Galdeano Rico, Iris Ruiz Martín, Elena Berbel Montoya

Terapeutas Ocupacionales, Junta de Andalucía

alejandra.galdeano@juntadeandalucia.es

Introducción

Marco contextual

El sistema educativo ha ido evolucionando, desde la Ley Orgánica de 1970 que introdujo el respeto a la diversidad del alumnado e impulsó la “integración” de niños y niñas con necesidades educativas especiales hasta la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 cuya concepción curricular basada en los principios de apertura, flexibilidad y adaptabilidad hicieron posible el concepto de escuela comprensiva, facilitadora de la atención a la diversidad en igualdad de condiciones (Salvador-Carulla, Rodríguez-Blázquez, & Martorell, 2008). Actualmente existe ciertas reticencias que consideran que la promulgación de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2012 (Ainscow, 2001) supone un retroceso en el camino hacia una escuela inclusiva. No obstante, indica un proceso de *transformación* en el que las escuelas se desarrollan en respuesta a la diversidad de los alumnos que asisten a ella.

Este proceso de transformación exige la implicación de la comunidad educativa, es un proceso de incremento de la participación de los alumnos en las culturas, los currículos y comunidades de sus escuelas locales, sin olvidar, que la educación abarca muchos procesos que se desarrollan fuera de las escuelas (Ainscow, 2001).

Los cambios estructurales y actitudinales necesarios para la inclusión de alumnos con discapacidades en escuelas ordinarias afectarán a todos los miembros de la comunidad educativa, a las políticas educativas, a las asociaciones de personas discapacitadas y a los responsables de la formación del profesorado (Arráez, 1997). Estos ámbitos definen la

discapacidad desde una perspectiva ecológica (interacción persona-ambiente) que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos (Marti, 2007).

Es en este contexto en el que queremos situar nuestra propuesta de inclusión a través de actividades ecuestres en el área de Educación Física considerando que la Educación Física debe ofrecer recursos facilitadores y debe adoptar medidas organizativas y curriculares que favorezcan la efectiva inclusión de niños y niñas con necesidades educativas especiales. Constituyéndose (Fraile, Hernández, Devís & Peiró, 2004) en un espacio compartido por todo el alumnado, sin diferencias, reconsiderando la enseñanza y su organización con el apoyo pedagógico y social que sea necesario, facilitando la participación activa de todos y todas. Esta participación activa pretende sobreponer la concepción de que la integración del alumnado con discapacidad consiste en que el niño o niña discapacitado acuda al patio o gimnasio y se “integre” con su presencia física pero no participativa en las tareas (Arráez, 1997).

Es evidente que la intervención educativa adecuada desde el área de Educación Física revierte en grandes beneficios motores, cognitivos, afectivos y social para el alumnado con necesidades educativas especiales, pudiendo convertirse en la sesión más socializadora e inclusiva, pero, también es cierto que puede ser la más segregadora del currículo, sobre todo cuando nos situamos en unidades de programación de iniciación deportiva en el tercer ciclo de primaria, y ni que decir en secundaria, máxime cuando la competición está presente (González, 2003).

Una vez contemplado el contexto pretendemos hacer un hueco para la **equitación inclusiva**, una propuesta que aboga por mejorar el acceso a estilos de vida activos, por posibilitar alternativas de ocio y disfrute del tiempo libre y acercar el deporte y la actividad física a los niños y niñas con discapacidades.

La equitación. Nuevas concepciones nuevos ámbitos

A lo largo del siglo XX asistimos a la sustitución del caballo por la máquina en las tareas agrícola y asistimos a la transformación de nuestras razas hacia aptitudes zootécnicas más acordes con los tiempos actuales. Así unas razas se han dirigido buscando rendimientos cárnicos, mientras que otras se han seleccionado hacia actividades deportivas.

Cuando hacemos un recorrido por la literatura sobre el tema de equitación para personas con discapacidad nos encontramos una gran variedad de términos muchas veces empleados indistintamente entre ellos: equinoterapia, hipoterapia, equitación terapéutica, monta terapéutica, hipoterapia activa, hipoterapia pasiva, equitación social, equitación adaptada... Ante la indeterminación terminológica nos vamos a permitir la licencia de acuñar el término de Equitación Inclusiva necesario para definir nuestra propuesta de actividad ecuestre en el área de Educación Física en el ámbito escolar.

No obstante, intentado aportar algo de claridad proponemos la siguiente clasificación: equitación adaptada, equitación terapéutica y equitación inclusiva.

Equitación adaptada

La equitación como deporte adaptado a las personas discapacitadas o paraequitación es una modalidad deportiva reconocida por la Federación Ecuestre Internacional (FEI) y que depende a nivel internacional del Comité Paralímpico Ecuestre Internacional (IPEC).

Las modalidades reconocidas por el IPEC son doma y enganche, si bien están en estudio las modalidades de salto, completo y volteo. Entre las funciones del IPEC destacamos:

- Establecer el reglamento de competición a nivel internacional
- Establecer las dificultades de los ejercicios en cada reprise.
- Clasificar a los jinetes en las diferentes categorías de competición

Equitación terapéutica

Cuando hablamos de equitación terapéutica nos referimos la equitación con una finalidad rehabilitadora específica, en ella se pretende que el movimiento y la relación con el animal tengan sobre el jinete o amazona una influencia terapéutica individualizada. Bajo este epígrafe se recogen la modalidad denominada hipoterapia o equinoterapia.

La hipoterapia o equinoterapia se fundamenta en los movimientos del caballo y la respuesta del paciente, desarrollándose la actividad con la participación de técnicos

fisioterapeutas, psicólogos, logopedas., quienes evalúan la respuesta del paciente a los movimientos de caballo, modificando posturas y adaptando el paso del caballo a las necesidades terapéuticas del paciente. El área médica desempeña un papel fundamental en esta modalidad indicada para pacientes con disfunciones. El sentido terapéutico de la actividad viene dado por la forma en que el profesional emplea al caballo, por la individualidad de las acciones que desarrolla en relación a las características específicas de cada paciente y el momento evolutivo en que se encuentra.

Dentro de la hipoterapia (Gross, 2000) se pueden diferenciar la hipoterapia pasiva y activa. En la primera, el paciente monta sin albardón y se adapta pasivamente al movimiento del caballo sin ninguna acción de su parte, aprovechando el calor corporal, los impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional del caballo. Se utiliza la monta gemela o Back Riding, una técnica donde el terapeuta se sienta detrás del paciente, en el caballo, para proveer apoyo, alinearlos y manipularlos.

En la hipoterapia activa se añade a la adaptación pasiva la realización de ejercicios neuromusculares por parte del paciente para estimular en mayor grado la normalización del tono muscular, el equilibrio, la coordinación psicomotora, la simetría corporal... El paciente no está capacitado para conducir sólo el caballo en la pista y deberá ser guiado.

Efectos Terapéuticos se refieren a los beneficios que proporciona el uso de la equinoterapia en diferentes áreas (Gross, 2000):

Área neuromotora

- Regulación del tono muscular
- Inhibición de reflejos tónicos y movimientos asociados
- Grabación y automatización del patrón de locomoción

Área sensomotora

- Desarrollo de la sensopercepción táctil
- Desarrollo del sistema propioceptivo
- Fomento de la integración sensorial (táctil, visual, auditiva)
- Desarrollo de la conciencia e imagen corporal

Área psicomotora

- Estabilización del tronco y la cabeza

- Desarrollo del equilibrio horizontal y vertical (Estimulación del sistema vestibular)
- Construcción de la simetría corporal
- Fomento de la coordinación psicomotriz gruesa y fina
- Desarrollo de la lateralidad
- Incremento de la flexibilidad, agilidad y fuerza muscular

Área sociomotora

- Desarrollo de la comunicación análoga, verbal y meta-comunicación
- Aumento de la concentración de la atención
- Confrontación de temores personales
- Incremento de autoconfianza y autoestima
- Desarrollo de la voluntad
- Aumento de la capacidad de adaptación
- Disminución de la agresividad
- Desarrollo del comportamiento cooperativo
- Desarrollo de la responsabilidad

Equitación inclusiva

El planteamiento que sostiene este enfoque viene representado por la interacción o encuentro entre las dos modalidades anteriormente expuestas (equitación adaptada, equitación terapéutica) bajo la óptica de la intervención pedagógica y partiendo de la premisa que concibe la inclusión en la sesión de Educación Física como el proceso que tiende a englobar en todas las actividades posibles, en este caso, la equitación, a todos los individuos, indistintamente de sus particularidades, facilitando la participación activa y efectiva de todas y todos (Green, 2006).

La contextualización de la Equitación Inclusiva determina la intencionalidad de la misma, así podemos describir que para nuestra propuesta en el ámbito educativo, la Equitación Inclusiva tomará o estará cargada de connotaciones terapéuticas propias de la equitación terapéutica y estará cargada de las matizaciones propias de la equitación adaptada: ocio, deporte, competición. Si bien, la Equitación Inclusiva recogerá aquella parte que precise de ambas, pero contextualizadas en el ámbito escolar, lo cual

determinará la predominancia de los objetivos y es evidente que en el contexto escolar la predominancia es educativa (Giménez, Sierra, Tierra, Díaz, 2004).

En este contexto, nuestra propuesta de un programa Equitación Inclusiva procurará al niño con necesidades educativas especiales situaciones motrices adecuadas, sistematizadas y lúdica, potenciadas por la relación afectiva niño-caballo, donde el cuerpo será el eje de referencia y la disponibilidad corporal, la organización del esquema corporal y control corporal se verán facilitados.

La actividad motriz implicada en la monta del caballo reportará una serie de experiencias y vivencias cinésticas, visuales, auditivas y táctiles difícilmente alcanzable por otros medios, sin olvidarnos de los aspectos cognitivos, emocionales y sociales, implicados en el trabajo con animales, máxime cuando se plantea una metodología de trabajo cooperativa. Bajo este epígrafe y a través del caballo como agente posibilitador se implementará la acción motriz, la acción terapéutica y la acción lúdico-deportiva.

Condicionantes para la incorporación de la equitación en el ámbito escolar

Es evidente que la práctica de actividades ecuestres en el ámbito escolar plantea numerosos condicionante que dificultan su desarrollo, a los que debemos sumar el hecho de contar con la presencia de alumnos con necesidades educativas especiales. No obstante, creemos que, dar respuestas educativas que favorezcan la socialización e inclusión de nuestros alumnos, al tiempo que fomentamos un estilo de vida saludable a través del deporte y al actividad física, potenciando su desarrollo y proporcionando experiencias y vivencias para la ocupación de su tiempo de ocio, es difícil, pero factible.

Si analizamos los principales condicionantes, (González, 2003) podremos apreciar que no son barreras insalvables.

➤ Condicionantes Infraestructurales

La práctica de la equitación requiere de unas infraestructuras físicas específicas (picaderos, cuadras, equipos de monta...), así como de la presencia o participación de ponis o caballos en un número que dependerá del grupo. En Asturias, el Centro Ecuestre el Asturcón, en colaboración con el Ayuntamiento de Oviedo subvenciona las actividades de hipoterapia e iniciación ecuestre, de tal forma que los centros únicamente deben de hacer frente a los gastos de desplazamiento y personal de apoyo. Es un claro ejemplo de

implicación de los agentes sociales en el proceso educativo, escuela, ayuntamiento, centro deportivo, padres y asociaciones trabajan juntos.

➤ **Condicionantes Sociales**

La equitación está considerada un deporte de élite y poco accesible por lo costos derivados de su práctica, iniciativas municipales como las expuestas anteriormente favorecen la práctica entre la población, al tiempo que el uso del caballo con fines terapéuticos normaliza la presencia de niños con discapacidad y abre las puertas hacia una práctica integradora.

➤ **Condicionantes de los propios alumnos con discapacidad**

Estos alumnos suelen presentar problemas de automarginación, dificultades en las relaciones sociales y bajo nivel de autoaceptación, pero el contacto y la relación con el caballo favorece actitudes de apertura y motivación, la afectividad, la capacidad de emocionar y sentir y la aceptación. Cuando esta práctica se desarrolla a través de planteamientos cooperativos es altamente integradora.

➤ **Condicionantes de la práctica docente**

Evidentemente las exigencias de este tipo de actividades plantean la necesidad de un equipo multidisciplinar de trabajo: Profesores de Educación Física, Psicólogos, Pedagogos, Fisioterapeutas, Médicos, Auxiliares, Técnicos Ecuestres...El nivel de exigencia formativa es alta ya que exige niveles de competencia que el profesor de Educación Física no posee. Por ello y como señala (Fraile, Hernández, Devís, Peiró, 2004) el nuevo modelo de escuela demanda un docente preocupado por la transformación social de la misma, la mejora de la calidad de enseñanza y la innovación del currículum, por ello, la formación permanente es una de las tareas de la universidad para conseguir una mayor relación con la sociedad.

Referencias

Ainscow, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares.*

Arráez, J.M. (1997). *El Deporte Adaptado.*

- Fraile, J., Hernández, J.L., Devís, J., Peiró, C., . (2004). *Didáctica de la Educación Física. Una Perspectiva Crítica y Transversal*.
- Giménez, F°, Sierra, A., Tierra, J., Diaz, M. (2004). *Didáctica de la Educación Física. Una Perspectiva Crítica y Transversal*.
- González, J. M. (2003). *Actividad física, deporte y vida. Beneficios, perjuicios y sentido de la actividad física y del deporte*.
- Green, L. (2006). *Jóvenes Jinetes. Una guía para aprender equitación*.
- Gross, E. (2000). *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*.
- Marti, I. (2007). Estudio etiologico del retraso psicomotor y discapacidad intelectual: integracion de las pruebas geneticas con otras pruebas para el diagnostico de retrasos no filiados.
- Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., & Martorell, A. (2008). Intellectual disability: an approach from the health sciences perspective. *Salud Pública de México*, 50 Suppl 2(1), s142–s50. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342008000800006>

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EXTRAESCOLAR REALIZADA POR ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Josune Rodríguez Negro, Daniel Castillo Alvira, Saoia Redin Azkona, Javier Yanci Irigoyen

Universidad del País Vasco, UPV/EHU

josune.rodriguez.negro@gmail.com

Resumen

Debido a que la actividad física (AF) regular proporciona importantes beneficios en la salud en las personas, el presente estudio tiene por objetivo analizar la AF extraescolar realizada por un grupo de adolescentes con discapacidad intelectual (DI) de un centro educativo. En este estudio participaron 10 adolescentes con DI ($16,0 \pm 2,3$ años). Para registrar la AF extraescolar realizada se les administró la adaptación española del Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ-A) y se seleccionaron las preguntas correspondientes a la AF realizada en horario extraescolar. Los resultados de este estudio muestran que los niveles de AF extraescolar de los adolescentes con DI están muy por debajo de las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La franja horaria en la que más AF realizan es la comprendida entre la hora de salida del centro y las seis de la tarde. A pesar de ello, la mitad de los adolescentes con DI no realizan ningún tipo de AF en esa franja horaria. Por otra parte, el 70% no realiza AF entre las seis y las diez de la tarde. Además 2 de cada 3 adolescentes con DI no realiza ningún tipo de AF durante el fin de semana. Consideramos que resultaría interesante crear programas de promoción de la AF específicos para este colectivo en el que se contemplen un amplio abanico de actividades, así como unos programas de adherencia a la AF para así aumentar los niveles de AF en adolescentes con DI.

Palabras clave: inclusión, educación especial, salud, práctica motriz, iniciación.

Introducción

La actividad física (AF) regular proporciona importantes beneficios en la salud (Krekoukia et al., 2007; Perula de Torres, Lluch, Ruiz, Espejo, Tapia y Mengual, 1998), está estrechamente relacionada con una mejora de la calidad o satisfacción con la vida de los individuos que la practican (McAuley et al., 2006; Rejeski y Mihalko, 2001) y contribuye al bienestar psicológico (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2004; Thórgersen-Ntoumani, Fox y Ntoumanis, 2005). La participación en las actividades de ocio en las personas con discapacidad intelectual (DI) favorece además su inclusión en la comunidad, mejora la percepción de calidad de vida y la adquisición de habilidades adaptativas (Badia y Longo, 2009; King, Law, King, Rosebaum, Kertoy y Young, 2009). La salud constituye un recurso fundamental para la vida y en el caso de las personas con discapacidad intelectual constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o inhibir su capacidad de funcionamiento (Mirón Canelo et al., 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), con objeto de mejorar las funciones cardiorespiratorias, la buena forma muscular, la salud ósea y los biomarcadores cardiovasculares y metabólicos, recomienda que los niños, niñas y jóvenes de 5-17 años practiquen un mínimo de 60 minutos diarios de AF moderada (3 - 6 METs) o vigorosa (> 6 METs).

A pesar de los múltiples beneficios de la AF, las personas con discapacidad son menos propensas a implicarse en un estilo de vida físicamente activo que aquellas personas sin discapacidad (McKeon, Slevin y Taggart, 2013; Ravesloot, Seekins y Young, 1998). Las personas adultas con DI pasan mucho tiempo en actividades en casa realizando actividades pasivas (Buttimer y Tierney, 2005; Luftig y Muthert, 2005) y suelen tener una baja competencia motriz y problemas de coordinación (Molina y Beltrán, 2007) y además tienen una competencia motriz peor que las personas sin DI (Carmeli et al. 2008; Van Biesen et al., 2010). A pesar de que la etapa de la adolescencia es un período clave para que los sujetos se consoliden como practicantes habituales de actividad física o que, por el contrario, la abandonen por completo (Caspersen, Pereira y Curran, 2000; Cervelló, Escartí y Guzmán, 2007; Janz, Dawson y Mahoney, 2000) y que diversos estudios han analizado la práctica de AF en adultos con DI (Ramírez, Sanz, y Figueroa, 2007), pocos estudios se han centrado en el análisis de la práctica de actividad física en personas con DI que se encuentran en la adolescencia. Por esta razón, el presente estudio tiene por objetivo analizar la AF extraescolar realizada por adolescentes con DI de un centro educativo.

Método

Participantes

En este estudio participaron 10 adolescentes con DI de edades comprendidas entre los 14 y 21 años ($16,0 \pm 2,3$ años) pertenecientes a un aula de educación especial de un centro de educación secundaria (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Discapacidad intelectual y edad de los participantes en el estudio*

Discapacidad Intelectual	Edad (años)
Deficiencia mental	14
Retraso	14
Trastorno generalizado del desarrollo (TGD)	15
Autismo	15
Autismo	15
Síndrome de Joubert	16
Trastorno del espectro autista (TEA)	17
Síndrome del triple X	17
Síndrome del X frágil (SXF)	19
Síndrome de Down	21

Los participantes fueron informados de los procedimientos, metodología, beneficios y posibles riesgos del estudio y todos los padres, madres o tutores legales firmaron el consentimiento informado. El estudio siguió las pautas marcadas en la Declaración de Helsinki (2013) y fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEISH) de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Procedimiento

Para registrar la AF extraescolar realizada a todos los participantes se les administró la adaptación española del Physical Activity Questionnaire for Adolescents (PAQ-A) (Kowalski, Crocker y Kowalski, 1997). El PAQ-A es un cuestionario sencillo que valora la AF que el adolescente ha realizado en los últimos 7 días. Se seleccionaron

las preguntas 4, 5 y 6 que corresponden a “En los últimos 7 días, inmediatamente después de la escuela hasta las 6, ¿Cuántos días jugaste a algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuvieras muy activo?”, “¿En los últimos 7 días, cuantos días a partir de media tarde (entre las 6 y las 10) hiciste deportes, baile, o jugaste a juegos en los que estuvieras muy activos?” y “El último fin de semana, ¿Cuántas veces hiciste deporte, baile o jugar a juegos en los que estuviste muy activo?” respectivamente. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) para este test obtenido en adolescentes en estudios anteriores fue de 0,71 (Martínez-Gómez et al. 2009). El análisis estadístico se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, versión 22,0 Chicago, IL, EE.UU.). Se realizó un análisis descriptivo de los datos y los resultados obtenidos se presentan como porcentajes.

Resultados

Los resultados de este estudio muestran que los adolescentes con DI realizan poca AF fuera del horario lectivo. Los resultados de la franja horaria comprendida entre la hora de salida del centro escolar y las seis de la tarde se muestran en la Figura 1. El 50% de los participantes no practica ningún tipo de AF entre la hora de salida del centro escolar y las seis de la tarde, y solo 1 de cada 10 practica AF diariamente en esa franja horaria.

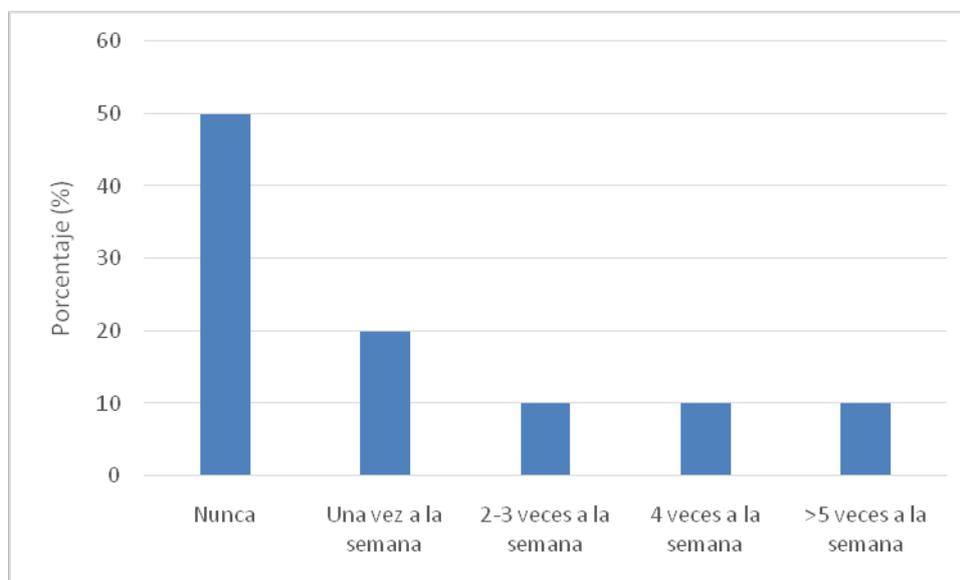


Figura 1. Porcentaje de AF realizada entre la hora de salida del centro y las seis de la tarde

Respecto a la AF que realizan entre las seis y las diez de la tarde, encontramos que la gran mayoría (70%) nunca realiza AF en ese horario, el 10% realiza AF en ese horario 2-3 veces a la semana, y solo el 20% realiza AF más de cinco veces a la semana en esa franja horaria. Por último, si analizamos la AF que realizan durante el fin de semana, encontramos que son pocos (30%) los que la realizan (Figura 2). Entre los adolescentes con DI que realizan AF durante el fin de semana, encontramos que un tercio realiza AF 2-3 veces en el fin de semana, otro tercio cuatro veces, y un último tercio más de cinco veces en el fin de semana.

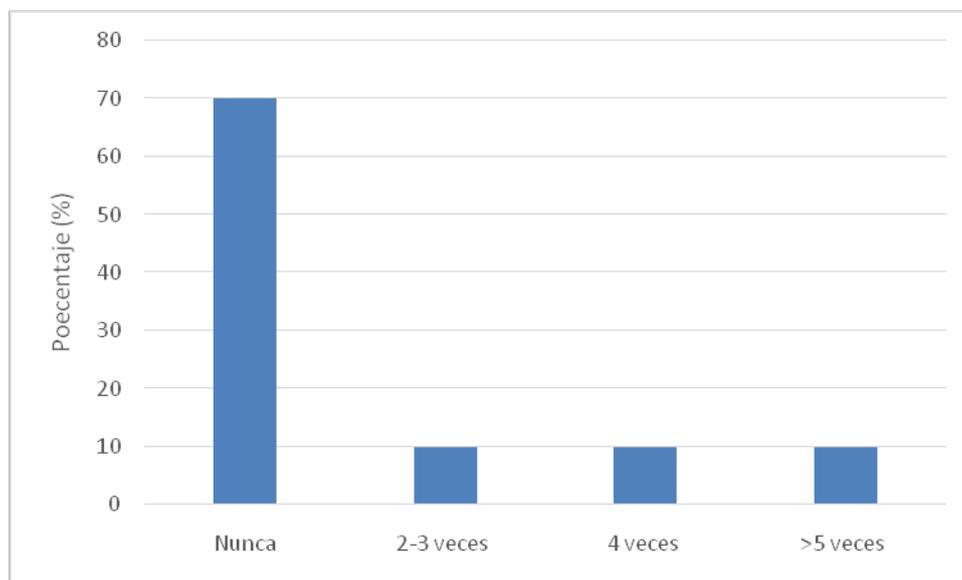


Figura 2. Porcentaje de AF realizada durante el fin de semana

Discusión y conclusiones

Los niveles de AF de los adolescentes con DI participantes en este estudio están muy por debajo de las recomendaciones (OMS, 2010). La franja horaria en la que más AF realizan es la comprendida entre la hora de salida del centro y las seis de la tarde. A pesar de ello, la mitad de los estudiantes con DI participantes en este estudio no realizan AF en esa franja horaria. Respecto a la AF que realizan entre las seis y las diez de la tarde, encontramos que 7 de cada 10 nunca realiza AF en ese horario. A pesar de que durante el fin de semana disponen de dos días para realizar AF, 2 de cada 3 adolescentes con DI no realiza ningún tipo de AF durante el fin de semana. Los niveles de AF extraescolar

realizados por los adolescentes con DI participantes en este estudio no solo resultan bajos entre semana, sino que la práctica de AF durante el fin de semana es también insuficiente e inferior a la recomendada por la OMS (2010).

Las razones que justifican esta insuficiente practica de AF en adolescentes con DI podrían ser varias, ente ellas que hay poca oferta de actividades para personas con DI (Messent, Cooke, Long, 1998), las actividades no son elegidas por ellos sino que son las propuestas por los profesionales (Zijlstra y Vlaskamp, 2005), las limitaciones en las habilidades cognitivas y en las habilidades sociales de estos adolescentes (King, Law, Hanna, King, Hurley, Kertoy, y Petrenchik, 2006), la falta de diversión (Evans., 2008; Macarro, Romero y Torres, 2010) los factores familiares o por el fenómeno del abandono de la práctica de AF en esta etapa (Evans, 2008; Michaelson, 2006). Debido a los datos obtenidos, puede resultar necesario aumentar los niveles de AF de adolescentes con DI para que consigan los beneficios derivados de la AF y se eviten riesgos para la salud. Teniendo en cuenta que la adolescencia es un período clave para que los sujetos se consoliden como practicantes habituales de actividad física (Caspersen, Pereira y Curran, 2000; Cervelló, Escartí y Guzmán, 2007; Janz, Dawson y Mahoney, 2000), consideramos que resultaría interesante crear unos programas de promoción de la AF específicos para este colectivo en el que se contemplen un amplio abanico de actividades, así como unos programas de adherencia a la AF.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que el tamaño de la muestra es únicamente de 10 participantes, y que estos tienen diferentes tipos de DI, por lo que se hace difícil poder generalizar los resultados. Es por esto que consideramos que sería interesante para futuros estudios ampliar y concretar la población de estudio, así como analizar las razones de la escasapráctica de AF en esta población para poder así mejorar la oferta y ayudar a aumentar la práctica de AF en adolescentes con DI.

Referencias

Badia, M. y Longo, E. (2009). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglo Cero*, 40(2), 30-44.

- Buttimer, J. y Tierney, E. (2005). Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability, *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(1), 25-42.
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Paz, R., Sabbag, H. y Levy, R. (2008). Sensorimotor impairments and strategies in adults with intellectual disabilities. *Motor Control*, 12, 348-361.
- Caspersen, C. J., Pereira, M. A. y Curran, K. M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 32, 1601-1609.
- Cervelló, E., Escartí, A., y Guzmán, J. F. (2007). Youth sport dropout from the achievement goal theory. *Psicothema*, 19, 65-71.
- Evans, K. (2008). Dropping out and hanging out: girls and organised sports participation. *Australasian Parks and Leisure*, 11(2), 44-48.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *APUNTS. Educación Física y Deportes*, 77, 18-24.
- Janz, K. F., Dawson, J. D. y Mahoney, L. T. (2000). Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the muscatine study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(7), 1250-1257.
- King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Kertoy, M. y Petrenchik, T. (2006). Predictors of the leisure and recreation of children with physical disabilities: A structural equation modeling analysis. *Children's HealthCare*, 35(3), 209-234.
- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K. y Young, N. L. (2009). Un modelo conceptual de los factores que afectan a la participación en las actividades de ocio y recreo de los niños con discapacidades. *Siglo Cero*, 40(2), 5-29.
- Kowalski C. K., Crocker P. R. y Kowalski N. P. (1997). Convergent validity of the physical activity questionnaire for adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 9, 342-52.
- Krekoukia, M., Nassis, G. P., Psarra, G., Skenderi, K., Chrousos, G. P. y Sidosis, L. S. (2007). Elevated total and central adiposity and low physical activity are associated with insulin resistance in children. *Metabolism: clinical and experimental*, 56, 206-213.

- Luftig, R.L. y Muthert, D. (2005). Patterns of employment and independent living of adult graduates with learning disabilities and mental retardation of an inclusionary high school vocational program. *Research in Developmental Disabilities, 26*, 317-325.
- Macarro, J., Romero, C. y Torres, J. (2010). Motivos de abandono de la práctica de actividad físico-deportiva en los estudiantes de Bachillerato de la provincia de Granada. *Revista de Educación, 353*, 495-519.
- Martínez-Gómez, D., Martínez-de-Haro, V., Pozo, T., Welk, G. J., Villagra, A., Calle M.E., Marcos, A. y Veiga, O.L. (2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Revista Española de Salud Pública, 83*, 427-439.
- McAuley, E., Konopack, J., Morris, K., Motl, R., Hu, L., Doerksen, S. y Rosengren, K. (2006). Physical activity and functional limitations in older women: influence of self-efficacy. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 61(5)*, 270-277.
- McKeon, M., Slevin, E. y Taggart, L. (2013). A pilot survey of physical activity in men with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities, 17(2)*, 157- 167.
- Messent, P.R., Cooke, C. B. y Long, J. (1998). Physical activity, exercise and health of adults with mild and moderate learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 26*, 17-22.
- Mirón Canelo, J.A., Alonso Sardón, M., Serrano López de las Hazas, A. y Sáenz González, M.C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Revista Panamericana de Salud Pública, 24(5)*, 336-44.
- Molina, J.P. y Beltrán, V.J. (2007). Incompetencia motriz e ideología del rendimiento en educación física: el caso de un alumno con discapacidad intelectual. Motricidad. *European Journal of Human Movement, 19*, 165-190.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: WHO.

- Perula de Torres, L. A., Lluch, C., Ruiz, R., Espejo, J., Tapia, G. y Mengual, P. (1998). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 233-244.
- Ramírez, M. A., Sanz, G. L. y Figueroa, P. A. (2007). Estudios de los hábitos deportivos en las personas con discapacidad en la provincia de Guipuzcoa. Guipúzcoa: Federación Guipuzcoana de Deporte adaptado. Recuperado de <http://www.kirolarte.net/congreso/admincongreso/documentos/Comunicaci%C3%B3n25web.pdf>.
- Ravesloot, C., Seekins, T. y Young, Q. (1998). Health promotion for people with chronic illness and physical disabilities: the connection between health psychology and disability prevention. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 5, 76-85.
- Rejeski, W. y Mihalko, S. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56(A), 23-35.
- Thórgersen-Ntoumani, C., Fox, K.R. y Ntoumanis, N. (2005). Relationship between exercise and three components of mental well-being in corporate employees. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 609-627.
- Van Biesen, D., Vereller, J., Meyer, C., Mactavish, J., Van de Vliet, P. y Vanlandewijck, Y. (2010). The ability of elite table tennis players with intellectual disabilities to adapt their service/return. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27, 242-257.
- Zijlstra, H. P. y Vlaskamp, C. (2005). Leisure provision for persons with profound intellectual and multiplied disabilities: Quality time o killing time? *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 434-448.

ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA Y SALUD

MÉTODO PILATES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS

María del Carmen Ramírez Cazorla*, Minerva Hernández Sánchez*, Patricia Pastor Muñoz**

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. **Hospital Jules Bordet, Bruselas, Bélgica

ramrezmaria8@gmail.com

Resumen

En la actualidad, la lumbalgia o dolor lumbar (DL), representa una de las dolencias más extendidas en todo el mundo occidental. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre aplicación del Método Pilates como terapia de tratamiento y prevención en las lumbalgias. Tras una revisión bibliográfica acerca de las evidencias científicas en diferentes bases de datos: *Medline*, *Cochrane Library*, *Dialnet*, *SportDiscus* y *Lilac*, encontramos que los ejercicios del Método Pilates (MP) se prescriben con frecuencia en los pacientes con DL, pues se basan en la activación de los músculos estabilizadores del tronco y región lumbopélvica, musculatura en la que se ha observado alteraciones en estos pacientes. Mediante el MP se trabaja el soporte de la región lumbar reduciendo el dolor y la discapacidad. Estudios que analizan la influencia del MP sobre el dolor lumbar señalan mejoras estadísticamente significativas en ganancia de fuerza de la musculatura extensora de la espalda, obteniendo una reducción significativa de la duración, intensidad y frecuencia del dolor, así como, mejora de la capacidad funcional, de la discapacidad y de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia. Existe evidencia de la relación entre la aplicación del MP y la disminución del dolor y el aumento de la funcionalidad en personas que padecen algún tipo de lumbalgia, sin que quede completamente demostrada una relación causal.

Palabras clave: método pilates, lumbalgia, dolor lumbar, tratamiento

Introducción

La **lumbalgia** o **dolor lumbar** (DL) se define habitualmente como dolor, malestar, tensión muscular o rigidez localizado bajo el borde costal y sobre el pliegue inferior glúteo, con o sin dolor irradiado a los miembros inferiores; que se clasifica como crónico cuando persiste más allá de 12 semanas (García, Martínez y Saturno, 2015).

Las Guías de Manejo del Dolor de Espalda Baja o lumbalgia elaboradas por la **Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología** (COST, por sus siglas en inglés) la definen como “aquellas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12° costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos” (Airaksinen et al., 2006, p.107).

De acuerdo a diversos estudios epidemiológicos, la lumbalgia, puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida, lo que sugiere que 9 de cada 10 sujetos tendrá dolor lumbar en algún momento, pudiendo ser un evento que se resuelva y no vuelva a presentarse (Covarrubias-Gómez, 2010). El 90% de las personas que padecen un episodio de DL mejoran rápidamente, mientras que el 10% restante tienen riesgo de desarrollar dolor crónico (López et al., 2003; Palomino et al., 2010), estimándose que el 11-12% de la población sufren una discapacidad severa (Airaksinen et al., 2006).

En España, la lumbalgia sería la enfermedad con mayor prevalencia en la población adulta de más de 20 años, con un 14,8% de lumbalgia puntual, un 7,7% de lumbalgia crónica, y un 0,8% de lumbalgia de características inflamatorias (EPISER, 2001).

Penzo señala que la lumbalgia puede presentarse en forma de **dolor agudo**, debido principalmente a lesiones traumáticas, esfuerzos leves o moderados, etc, resolviéndose en un plazo menor de 2 semanas, o en forma de **dolor crónico**, de más larga duración (a partir de 3 meses) o que persiste una vez resuelta la lesión (como se cita en Casado, Moix y Vidal, 2008). Afecta a ambos géneros, y a casi todos los rangos de edad, siendo una importante causa de pérdida de calidad de vida debido al dolor y a la limitación funcional que produce (García et al., 2015).

Atendiendo a factores etiológicos, en el 85% de los casos el dolor no es atribuible a una patología específica (Airaksinen et al., 2006; Pérez, 2006; Hoy, Brooks, Blyth y

Buchbinder, 2010), siendo la **causa específica** de la mayoría de los dolores lumbares, tanto agudos como crónicos, las alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras, que puede deberse a múltiples factores como: traumatismos, un esfuerzo excesivo, una mala postura, debilitamiento muscular o sobrecarga mecánica entre otros (Casado, 2008).

En la minoría de los casos de lumbalgia (<15%) puede identificarse una patología causante del dolor (Airaksinen et al., 2006; Pérez, 2006; Hoy et al., 2010) como cáncer (en un 0,7% de casos), fractura (4%), infección (0,01%), espondilitis anquilosante (0,3%), estenosis del canal medular (3%), hernia discal (4%) o síndrome de la cola de caballo (0.04%).

La CIE 10 (como se citó en Casado, 2008) señala que el **DL inespecífico**, causante de la mayoría de las lumbalgias, implica que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. Se define como un dolor más o menos intenso, que modifica su intensidad en función de las posturas y la actividad física, se acompaña de dolor con el movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado.

Debido a la alta incidencia del DL inespecífico más su baja efectividad terapéutica, no es de extrañar que esta patología se haya convertido en un grave problema de salud en la sociedad occidental, por su elevada frecuencia y repercusión social, laboral y económica con consecuencias profesionales, familiares, sociales y psicológicas para quienes la padecen que merman su calidad de vida.

Los factores asociados a un mayor riesgo de aparición de DL son:

- **Factores Individuales:** edad (entre 20 y 50 años), obesidad, bajo nivel educativo, factores culturales, reducción del nivel de actividad física, bajo nivel adquisitivo, padecimiento de otras enfermedades crónicas, malos hábitos (tabaquismo...), respuesta hacia tratamientos aplicados previamente (Pérez, 2006; Hoy et al., 2010; Palomino et al. 2010).
- **Factores Psicológicos:** estrés, ansiedad, bajo estado de ánimo, depresión, soledad, hipocondría, síntomas psicósomáticos, abuso de sustancias, comportamiento frente al dolor, sensación de “estar siempre enfermo” (Koes et al., 2006; Hoy et al., 2010; Pérez, 2010, Palomino et al. 2010).

- **Factores relacionados con el entorno laboral:** alta carga de trabajo, insatisfacción laboral, monotonía, malas relaciones sociales en el trabajo, falta de apoyo de los compañeros de trabajo, trabajo que implique movimientos de flexión anterior (a un mínimo de 60° de flexión durante más del 5% del día), inclinaciones y/o rotación de tronco (a un mínimo de 30° de rotación durante más del 10% del día), trabajo físico duro, trabajo en un entorno con vibraciones, tareas repetitivas, trabajo en posturas estáticas, trabajo físico intenso, levantamiento de peso (unos 25 kg más de 15 veces al día), posturas que generen mucho estrés en la columna... otros factores asociados incluyen también bajos salarios, inestabilidad laboral, inestabilidad económica, etc (Koes et al., 2006; Hoy et al., 2010; Pérez, 2010, Palomino et al. 2010).

En la actualidad, la lumbalgia o DL, representa una de las dolencias más extendidas en los países occidentales; constituyendo un importante problema de salud, que genera importantes gastos directos (gastos de cuidados, hospitalización, pruebas diagnósticas, tratamiento...) e indirectos (derivados del absentismo laboral, días productivos perdidos, indemnizaciones...), lo que supone un alto coste económico para la sociedad y los sistemas de salud (Palomino, Jiménez y Ferrero, 2010).

1.1 Tratamiento fisioterápico para el dolor lumbar

Steven et al. (2014) señalan como recomendaciones básicas de tratamiento en pacientes con **DL agudo** (dolor de menos de 6 semanas) las siguientes:

- Evitar el reposo absoluto, debido a que incrementa la intensidad y duración del dolor, favorece la atrofia y la pérdida de masa muscular, aumenta el grado de incapacidad funcional, el tiempo de baja laboral y el riesgo de cronificación del dolor.
- Incorporación de ejercicios terapéuticos, constituyen la base del tratamiento terapéutico.
- Termoterapia superficial (*hot packs, infrarrojos,...*) y terapia ultrasónica pueden ser de utilidad en el control del dolor y la funcionalidad.
- Considerar terapia manipulativa, acupuntura y punción seca.

Asimismo, los pacientes con **DL subagudo** (dolor de 6-12 semanas) se les mantiene la recomendación previa de actividad, ejercicio terapéutico y termoterapia superficial. Además de incluir al paciente en un programa de escuela de espalda, el cual consiste en un programa educativo a nivel de intervención grupal, que incluye nociones teóricas sobre anatomía del raquis, biomecánica, etiología del dolor, higiene postural, ergonomía y ejercicios para la espalda. Existe una evidencia moderada de que las escuelas de espalda son efectivas para reducir el dolor, mejorar la funcionalidad y el retorno al trabajo en pacientes con DL frente a otros tratamientos conservadores (Miralles, 2001, Europeo COST B13, 2005; Palomino et al., 2010).

Los pacientes con **DL crónico** (más de 12 semanas con dolor) se les aplican tratamiento mediante ejercicio terapéutico y programas de escuela de espalda.

García, Martínez, Saturno y López (2015) confirman que el **ejercicio terapéutico** y la **escuela de espalda** muestran recomendaciones con un alto nivel de evidencia. Estos tratamientos, además de ser efectivos en el tratamiento del DL crónico, son seguros, ya que presentan un bajo nivel de efectos secundarios.

El ejercicio terapéutico (ET) es un método de tratamiento frecuentemente empleado en el tratamiento del DL crónico inespecífico y uno de los más efectivos.

Estos programas varían en cuanto a duración, intensidad y tipo de ejercicios (aeróbicos, de fortalecimiento muscular, de estabilización central, de flexibilidad, de estiramiento, acuáticos, etc). Aunque no existe evidencia acerca de qué tipo de ejercicio es más beneficioso, sí que existe evidencia de la efectividad del ET en cuanto a disminución de dolor y discapacidad, permitiendo retomar actividades diarias y favorecer la vuelta al trabajo (López et al., 2003; Europeo COST B13, 2005; Pérez, 2006). Un método de ejercicio cada vez más sugerido para pacientes con DL es el Pilates.

1.2 Método Pilates

El método Pilates (MP) es un tipo de entrenamiento global basado en el control físico y mental. Sus principales objetivos son fortalecer y estirar la musculatura, equilibrar y controlar los movimientos corporales durante la ejecución de los ejercicios, buscando la transferencia de dicho control a las actividades de la vida diaria (AVD). Fue desarrollado por Joseph H. Pilates durante la Primera Guerra Mundial. Originalmente denominó este

método como “*Contrology*”, y no fue hasta después de su muerte, en 1967, cuando empezó a conocerse como “*Pilates*” o “*Método Pilates*” (Bosco, 2012).

Este método fue introducido en los EE.UU en 1923 y se extendió entre 1930 y 1940 entre profesores coreógrafos y bailarines, los cuales fueron los primeros en describir el MP como una técnica de rehabilitación dirigida a la recuperación de lesiones deportivas. Fue durante la década de 1980 cuando el MP se popularizó y fue atrayendo más el interés en EE.UU, Reino Unido y Europa (Sorosky, Stilp y Akuthota, 2008; Bosco, 2008; Bosco, 2012).

En España, el MP nace en 1992, cuando el Dr. Juan Bosco Calvo invita a Romana Kryzanowska, una de las primeras alumnas de J.H. Pilates y la directora del estudio de Nueva York tras la muerte de éste, a impartir unos cursillos en Madrid y Valencia (Bosco, 2012).

En un primer momento los ejercicios del MP iban dirigidos a pacientes sanos y en forma (gimnastas, boxeadores y bailarines). Mediante una serie de modificaciones de los principios y ejercicios originales, el Pilates se ha convertido en un método de ejercicio apropiado para personas de cualquier edad, sanas o con patología y para embarazadas, así como atletas y bailarines de élite (Sorosky et al.,2008)

El MP incluye varios ejercicios terapéuticos de estiramiento y fortalecimiento, que pueden dividirse en dos categorías: MP en colchoneta o *mat* (ejercicios realizados en el suelo) y ejercicios terapéuticos realizados con aparatos específicos de Pilates (Reformer, Cadillac, silla, barril...) y pueden emplearse también diferentes implementos (balón suizo o *fitball*, pelotas, bosu, aros flexibles, discos giratorios, bandas elásticas, rodillo de espuma o *foam roller*...) (Boscp, 2012).

1.2.1 Principios del Método Pilates

Los principios del MP varían en denominación y número según las diferentes escuelas de formación, los que recogemos son los siguientes: alineación, centralización, concentración, control, precisión, fluidez y respiración (Soriano, 2011).

- **Alineación y equilibrio corporal:** Alinear los brazos, las piernas y la cabeza requiere un esfuerzo interno y sutil, pues con el tiempo se van adquiriendo hábitos

negativos que hacen perder esta alineación, como, por ejemplo, mantener la cabeza ladeada hacia un lado, pisar con la parte externa del pie (pisada supinadora), andar con los pies hacia fuera... También es difícil equilibrar muscularmente ambos lados del cuerpo, debido a que estamos acostumbrados a realizar tareas con cada una de las manos... estos desequilibrios en la alineación provocan un corte en el flujo de energía e impiden el correcto uso de la fuerza por todo el cuerpo o, al menos, por los segmentos corporales implicados en el ejercicio. Con el MP se intentan alinear los segmentos corporales y la fuerza de las dos mitades del cuerpo, con el fin de lograr mejorar el equilibrio estructural y muscular.

- **Centralización:** El centro o “core” (denominado por Pilates “powerhouse”) es el centro de gravedad de nuestro cuerpo, el que nos permite mantener el equilibrio e interactuar con el entorno. Hace referencia a todos los músculos estabilizadores del tronco (transverso abdominal, multifídus, psoas, suelo pélvico, rectos abdominales y glúteos) (Soriano, 2011). Según el concepto de Pilates, éstos deben tonificarse, buscando siempre calidad en la ejecución y control postural, lo que provoca un desarrollo propioceptivo importante que facilitará la reeducación postural.

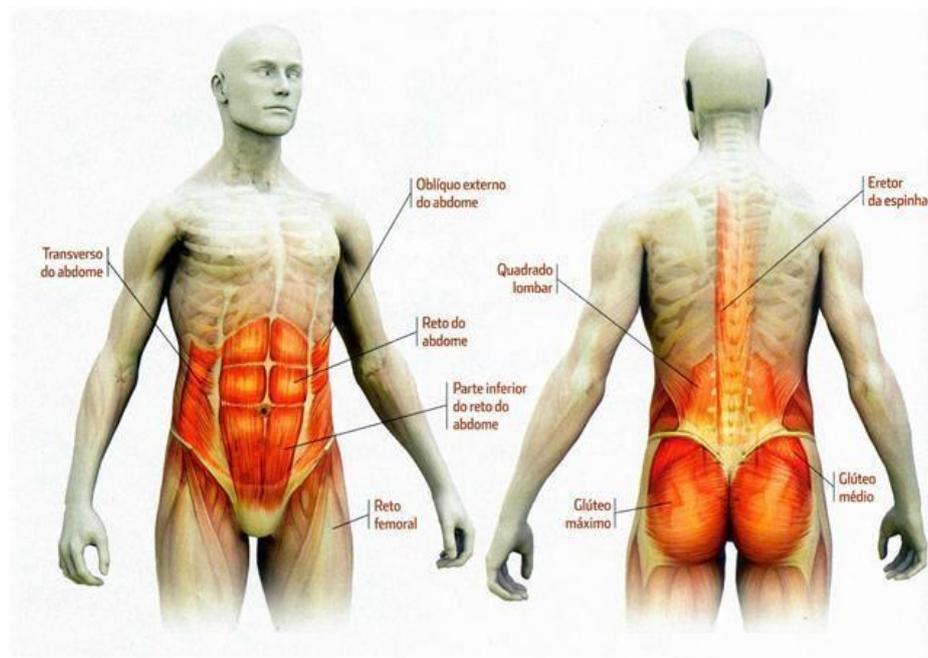


Figura 1. Músculos estabilizadores del tronco – core

- **Concentración:** El control consciente del cuerpo requiere atención y concentración; el cuerpo no debe actuar de forma automática repitiendo el movimiento mecánicamente, sino que la mente debe estar alerta y mantener el control, haciendo así posible la unión mente – cuerpo.
- **Control:** La mente debe controlar el movimiento que el cuerpo ejecuta, de modo que los movimientos han de ser lentos y controlados para así poder percibir cómo se está produciendo el movimiento.
- **Precisión:** Se refiere a que la calidad prima sobre la cantidad; los movimientos han de ser precisos y controlados, evitando las compensaciones, para así producir un mayor efecto sobre la memoria neuromotora.
- **Fluidez:** Se debe partir de una estabilización central para que el movimiento en las extremidades pueda ser fluido; es lo que se denomina “*disociación*”.
- **Respiración:** Es tan importante para la correcta ejecución de los ejercicios como cualquier otro principio. La respiración que se hace en Pilates es totalmente consciente, ya que no es posible respirar de esta manera involuntariamente (se respira tomando aire por la nariz profundamente y exhalando por la boca). La inspiración aumenta el tono muscular mientras que la espiración facilita la relajación. Cada movimiento tiene su respiración adecuada y así, adecuando la respiración, se facilita el movimiento. Esta forma consciente de respirar tonifica los músculos intercostales, los serratos, el diafragma en su movimiento paralelo al suelo (apertura y cierre de costillas) y los abdominales.

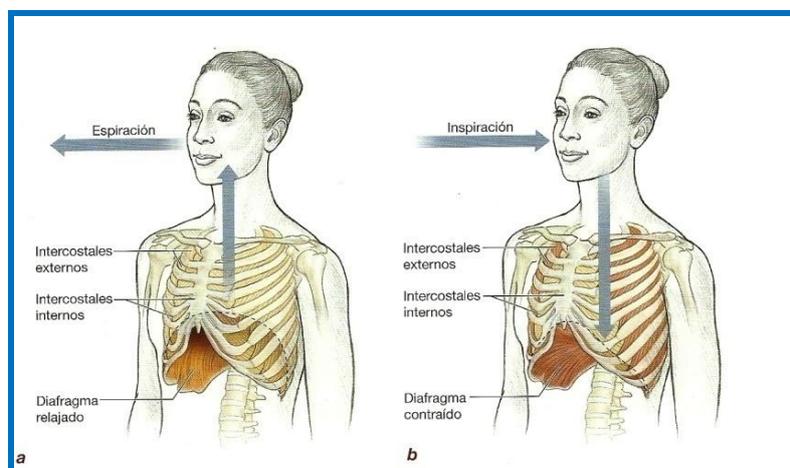


Figura 2. Respiración en Pilates

1.2.2 Beneficios del Método Pilates

La práctica del MP aporta los siguientes beneficios (Bosco, 2012):

- **Sobre Aparato respiratorio:** Además de oxigenar la sangre, tiene la función de aumentar la capacidad de extensibilidad de la caja torácica en todas sus dimensiones (al proporcionar flexibilidad a ligamentos y articulaciones intervertebrales, costovertebrales, condrocostales y esternocostales), ejercitar la musculatura respiratoria, y así mejorar también la capacidad respiratoria.
- **Sobre Aparato locomotor:** Actúa a nivel óseo (promueve la mineralización ósea), a nivel articular (mejora la flexibilidad de ligamentos y musculatura profunda, aumentando el rango de movimiento articular), a nivel muscular (Potencia la musculatura profunda y estabilizadora mediante ejercicios concéntricos-excéntricos y ejercicios isométricos estabilizadores).
- **Sobre Aparato circulatorio:** La contracción muscular profunda facilita el drenaje venoso y linfático a la vez que activa la circulación.
- **Sobre el Sistema Nervioso:** Actúa mejorando el movimiento mediante el trabajo del control neuromotor.
- **A nivel psicológico produce sensación de bienestar.**

Tabla 1. Beneficios particulares del Método Pilates

<i>A nivel físico</i>	<i>A nivel mental</i>
Aumento de la flexibilidad	Aumento de la salud mental
Aumento de la elasticidad	Aumento de la autoestima
Mejora de la agilidad	Reducción de los niveles de estrés
Aumento de la fuerza funcional	Mejora del sueño
Aumento de la salud física	Mejora en las relaciones sexuales
Recuperación del movimiento	Aumento de la confianza
Mejora del movimiento	Mejora en la capacidad de concentración
Reducción de lesiones	Aumento de la atención puntual
Aumento de la propiocepción	
Mejora del equilibrio	
Control de la respiración	
Mejora de la postura	
Disminuye el dolor articular, las sobrecargas musculares y las inflamaciones articulares.	

1.2.3 Precauciones y contraindicaciones del Método Pilates

Son pocas las contraindicaciones que hay que señalar para poder practicar Pilates, ya que muchos ejercicios se pueden modificar para que no sean peligrosos. Básicamente está contraindicado el MP en caso de inflamaciones agudas generales o localizadas (*episodios agudos o brotes de artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, postoperatorio inmediato...*); otras patologías que pueden contraindicar su práctica son: Hipertensión arterial no controlada, cardiopatías recientes, taquicardias y palpitaciones, fiebre, dolor en reposo o con el movimiento, etc.

Importante prestar especial atención a determinadas condiciones como la agravación del dolor, mareos o dificultad respiratoria, pues son indicadores de que ha de interrumpirse el ejercicio (Bosco, 2008; Bosco, 2012).

Objetivos

El Método Pilates, en tan sólo una década en nuestro país, se ha convertido en un referente, no sólo en el mundo de la actividad física, sino en el ámbito de la salud. Hoy día se trata de un ejercicio de cuerpo-mente que está ganando popularidad y aceptación en el mundo del fitness y la rehabilitación, pues es defendido por muchos como un método de ejercicio beneficioso para la población adulta

El propósito de esta revisión es analizar la evidencia científica existente sobre la práctica del Método Pilates como terapia de tratamiento y prevención de las lumbalgias.

Metodología

Estrategias de búsqueda

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos biomédicas y de ciencias de la actividad física y el deporte: *Medline, Cochrane Library, Dialnet, SportDiscus y Lilac*, usando la combinación de los siguientes descriptores: “pilates”, “lumbalgia”, “low back pain”, “Pilates method”.

Criterio de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión: Se incluyeron artículos categorizados como estudios científicos de revisión, estudios descriptivos, estudios de intervención publicados desde 2006 en adelante, en español o inglés, haciendo referencia a la aplicación del MP como tratamiento para disminuir la sintomatología de las lumbalgias, publicados en revistas de impacto.

Criterios de exclusión: Se descartaron los artículos que no cumplieran el propósito de la revisión, que fueran publicados en forma de resumen, redactados en un idioma distinto al inglés o español o que fueran artículos de opinión.

Resultados

Según la literatura científica publicada en la última década, señala que la práctica del MP se prescribe con frecuencia en pacientes con DL, ya que estos ejercicios están enfocados a la activación de los músculos estabilizadores del tronco y de la región lumbopélvica.

Método Pilates como tratamiento de las lumbalgias

Diversas técnicas de imagen, han identificado que en algunos pacientes con lumbalgia se observan alteraciones de los músculos multífidos y transversos del abdomen, por eso muchas terapias y métodos clínicos, naturales o “alternativos”, tienen como objetivo el fortalecimiento o la tonificación de la musculatura relacionada con la faja abdominal como forma de disminuir el DL y prevenir su reaparición (Soriano, 2011).

El concepto denominado por Pilates como “*powerhouse*”, es lo que constituye la faja abdominal, formada por el área comprendida entre el borde inferior de las últimas costillas y la línea media de las caderas, incluyendo la musculatura abdominal, el cuadrado lumbar, el suelo pélvico, los pelvotrocantéreos y los glúteos; estos músculos trabajando de forma sinérgica proporcionan una estabilidad al tronco.

El trabajo conjunto de los músculos del *powerhouse* actúa como un corsé de soporte para el tronco, que, estabilizando, sirve de base y partida a los diferentes movimientos corporales (Soriano, 2011).

La bibliografía científica revisada afirma que uno de los tratamientos más adecuados para la desaparición del dolor en las lumbalgias es una correcta ejecución de ejercicios que tonifiquen la musculatura estabilizadora del tronco, en este sentido García et al. (2004) señala mejoras estadísticamente significativas en el fortalecimiento de los músculos extensores de la zona lumbar después de 25 sesiones de Pilates aplicadas a 25 sujetos sanos.

Otros estudios, en la misma dirección, demuestran que los ejercicios de Pilates son más efectivos que los típicos abdominales, provocando una mayor contracción del transverso abdominal en sujetos sanos (Herrigton y David, 2005), aspecto clave para prevenir las lumbalgias o disminuir la intensidad del dolor.

Quinn et al. (2011) realizó un estudio en el que compara a un grupo con ocho semanas de tratamiento mediante aplicación del MP con otro grupo al que no se le ofrece ninguna intervención, como resultado obtiene una disminución del dolor en el grupo adscrito al MP.

En el estudio de Notarnicola et al. (2014) comparan la realización de ejercicios del MP una hora al día, durante cinco días a la semana, en el transcurso de seis meses contra un grupo de inactividad. El resultado que se obtuvo fue una mejora importante en el dolor en el grupo de Pilates, así como un empeoramiento en el grupo de inactividad.

En otro estudio, llevado a cabo por Lim et al. (2008), tras realizar una evaluación retrospectiva del fortalecimiento con ejercicios de Pilates en pacientes con DL crónico, se encuentran efectos beneficiosos en la reducción del dolor, disminuyendo la discapacidad y mejorando la funcionalidad, lo que se traduce como una mejora en la calidad de vida después de la aplicación del programa Pilates.

En la revisión bibliográfica realizada por Tinoco y Jiménez (2010) señalan que, en el estudio de La Touche (2008) realizado con el objetivo de revisar y analizar los artículos científicos donde el MP fuera usado como tratamiento para el DL crónico, se demostraron efectos positivos, como mejoras en la función general y disminución del dolor tras la aplicación del MP en adultos con esta patología. Sin embargo, concluyeron que es necesario que se lleven a cabo más estudios para determinar cuáles son los parámetros específicos a aplicar cuando se prescriben ejercicios basados en el MP con pacientes que sufren de dolor crónico en la zona lumbar.

La mayoría de los estudios encontrados que analizan la influencia del MP sobre el dolor, se centran principalmente, en el dolor de espalda y se observa como en todos ellos se obtiene una reducción significativa de la duración, intensidad y frecuencia del dolor, al igual que una mejora de la capacidad funcional, de la discapacidad y de la calidad de vida.

Tras llegar a este punto, se puede afirmar que cualquier programa de fortalecimiento o tonificación muscular va a mejorar las capacidades y parámetros funcionales, es decir, el trabajo de fortalecimiento, concretamente de la musculatura de la faja abdominal no es una característica exclusiva del Pilates y por tanto, los beneficios obtenidos por el MP pueden no depender tanto del método en sí mismo, como de las mejoras conseguidas por el trabajo físico realizados.

Conclusiones

A partir de los estudios disponibles, podemos concluir que existe evidencia de que hay correlación entre el MP y la disminución del dolor y el aumento de la funcionalidad en personas que padecen algún tipo de lumbalgia, ya sea aguda o crónica, sin que quede demostrada una relación causal.

Sería interesante en futuras investigaciones realizar estudios con un mayor tamaño muestral, adaptar los ejercicios del MP a las diferentes características del sujeto y patología, disponer de más información de las lumbalgias a tratar y analizar si es realmente este método el que mejora la sintomatología o es el trabajo de fortalecimiento de la faja abdominal, trabajo que no sólo pertenece al MP, sino que otros muchos métodos también lo llevan a cabo, realizados con conciencia corporal y control del movimiento, quien consigue ese efecto.

Referencias

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C. O., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., y Zanoli, G. (2006). *European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain*. *European spine journal*, 15, S192-S300.
- Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., Saturno Hernández, P. J. y López Soriano, F. (2015). Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones

- basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38, (1), 117-130.
- Bosco Calvo, J. (2012). *Pilates terapéutico para la rehabilitación del aparato locomotor*. Madrid: Médica Panamericana.
- Bosco Calvo, J., y Cabral, L. (2008). *Fundamentos del método Pilates. Guía para una prescripción de ejercicios basada en Pilates*. Madrid: Colección Corpora Pilates.
- Casado Morale, M., Moix Queraltó, J., y Vidal Fernández, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clinica y Salud*, 19(3), 379-392. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300007&script=sci_arttext
- EPISER (2001). Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Recuperado de <http://www.ser.es/proyectos/episer-resultados.html>. Marzo 2001
- Fernández, M. T., y Martín, M. J. (2010). Revisión bibliográfica de los estudios de investigación relacionados con el Método Pilates. *Scientia: revista multidisciplinar de ciencias de la salud*, 15(2), 105-124. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3836785>
- Herrington, L., y Davies, R. (2005). The influence of Pilates training on the ability to contract the transversus abdominis muscle in asymptomatic individuals. *Journal of bodywork and movement therapies*, 9(1), 52-57. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859203001128>
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., y Buchbinder, R. (2010). The epidemiology of low back pain. *Best practice y research Clinical rheumatology*, 24(6), 769-781. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694210000884>
- Koes, B. W., Van Tulder, M. W., y Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. En *British Medical Journal*, 7555, 1430.
- Latorre Marques, E., Kovacs, F., Gil del Real, M., Alonso, P., y Urrutia, G. (2008). La versión española de la Guía COST B13: una guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica basada en la evidencia científica. *Dolor. Investigación*

- Clínica y Terapéutica*, 23(1), 7-17. Recuperado de <https://www.medes.com/Public/Help.aspx?src=cookiespolicy>
- Lim, C. W. E., Chen, Y. C., Lim, H. W. W., y Quek, M. T. J. (2008). A retrospective evaluation of isotonic strengthening with clinical Pilates exercises on patients with chronic low back pain. *Physiother Singapore*, 11(3), 5-12.
- López Roldan, V., Oviedo Mota, M., Guzmán González, J. M., Ayala García, Z., Ricardez Santos, G., y Burillo Bauret, E. (2003). Guía clínica para la atención del síndrome lumbar doloroso. *Rev. Med IMSS*, 41, 123-30 Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/ejercicios_de_williams.pdf
- Notarnicola, A., Fischetti, F., Maccagnano, G., Comes, R., Tafuri, S., y Moretti, B. (2014). Daily Pilates exercise or inactivity for patients with low back pain: a clinical prospective observational study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 50(1), 59-66. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/24104699>
- Quinn, K., Barry, S., y Barry, L. (2011). Do patients with chronic low back pain benefit from attending Pilates classes after completing conventional physiotherapy treatment. *Physiotherapy Practice and Research*, 32(1), 5-12. Recuperado de <http://content.iospreps.com/articles/physiotherapy-practice-and-research/ppr32-1-02>
- Palomino Aguado, B., Jiménez Cosmes, L., y Ferrero Méndez, A. (2010). El dolor lumbar en el año 2009. *Rehabilitación*, 44(1), 69-81. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009000127>
- Pérez Guisado, J. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Revista Cubana de Ortopedia y traumatología*, 20(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2006000200010&script=sci_arttext
- Rebullido, T. R., y Lameiro, C.V. (2012). Aplicaciones del Método Pilates en la actividad física y deporte. *Lecturas. Educación física y deportes*, (164), 1-7.
- Rodríguez García, J. (2015). *Evidencia del método Pilates en el dolor lumbar crónico*. Universidad de Coruña.
- Soriano Segarra, M.L. (2011). El método Pilates como coadyuvante en el tratamiento de las lumbalgias. *International Journal of Sport Sciences*, 1(2), 129-142.

Sorosky, S., Stilp, S., & Akuthota, V. (2008). Yoga and pilates in the management of low back pain. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 1(1), 39-47.

Timón, V. (2012). *Enciclopedia de ejercicios de Pilates*. Madrid: Editorial Pila Teleña.

EJERCICIO FÍSICO. ESTRATEGIA CONTRA LA FIBROMIALGIA

Patricia Pastor Muñoz*, Noemí Gil Fernández**, M^a Luisa Ballesta Fernández**

*Hospital Jules Bordet Bruselas, Bélgica; **Complejo Hospitalario Torrecardenas Almería, España

p.pastor2010@gmail.com

Resumen

La fibromialgia es una enfermedad de etiopatogenia aún desconocida que se manifiesta con muchos signos y síntomas pero en común tienen los que la padecen dolor crónico. Entre los signos y síntomas podemos enumerar algunos como trastornos del sueño, fatiga, rigidez, y alteraciones psicológicas. Debido a estas limitaciones los afectados, en su mayoría, son sedentarios y baja condición física, esto se agrava si añadimos estados de depresión, fatiga y dolor. Por ende, los afectados ven su calidad de vida mermada y las actividades cotidianas se convierten en un reto diario. El objetivo de este trabajo fue ilucidar qué ejercicio físico es óptimo para paliar la sintomatología de la fibromialgia. Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos: PubMed, Cochrane, entre Marzo y Abril del 2016. Tras aplicarse los criterios de inclusión y exclusión, se realizó un análisis del nivel de evidencia científica. El ejercicio físico se considera como la principal estrategia no farmacológica en el tratamiento de la fibromialgia y es eficaz para reducir la sintomatología de la fibromialgia. El ejercicio acuático, el combinado y las actividades alternativas parecen más eficaces y tienen mayor nivel de adherencia. Por otra parte, son necesarios estudios que profundicen sobre la efectividad de otras actividades y deportes y la actividad individual o en grupo ya que los resultados de las publicaciones consultadas no son concluyentes.

Palabras clave: Fibromialgia, ejercicio, actividad física, tratamiento, deporte.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida, la prevalencia puntual de la misma durante al menos tres meses la convierte en crónica. Caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado que afecta mayormente a la mujer de mediana edad, aunque también existen casos en niños y ancianos (Prada, Molinero, Gómez y Marín, 2011). También afecta a zonas tendinosas, articulares, musculares o viscerales, pudiendo aparecer otros trastornos tales como parestesias, cefalea, tumefacción, alteraciones del sueño. También se manifiesta con afecciones psicológicas como la depresión o la ansiedad (Rodríguez, Orta y Amashta, 2010; Triviño, Solano y Siles, 2014).

La *American College of Rheumatology* la reconoció como enfermedad en 1990, siendo incorporada en 1993 por la OMS a su lista de enfermedades. Actualmente está reconocida con el código M79.9 del ICD-10, última edición del manual de clasificación internacional de enfermedades; y se considera un síndrome de dolor crónico, de etiología desconocida, caracterizado por dolor generalizado difuso y asociado a otros síntomas como patrones irregulares de sueño, irritabilidad, fatiga crónica, disfunción cognitiva, intestino irritable, hormigueos y adormecimiento de las extremidades (Berrocal-Kasay, 2014).

La prevalencia de la FM ha hecho que los profesionales sanitarios le den importancia a la patología y que adquieran conocimiento sobre la enfermedad. Debido a que no existe un tratamiento curativo deben centrarse en paliar los síntomas con los que viven a diario los pacientes para mejorar la calidad de vida. En España existe una prevalencia de 2.73%, siendo un 4.2% mujeres y 0.2% hombres (Elenguer, Siso y Ramos-Casals, 2009).

La prevalencia de la fibromialgia varía ligeramente en función de la población estudiada. Hay numerosos estudios (Bennett, Jones, Turk, Russell, 2007) que valoran el impacto de esta enfermedad en determinados países, pero no se ha encontrado en la literatura ningún meta-análisis que agrupe los datos. Generalmente se acepta una prevalencia de entre un 2% y un 3%²⁶. En la población española se puede hablar de un 2-4% mientras que en otros países como en Reino Unido, Francia y Estados Unidos no supera el 2%. Los países nórdicos son los que tienen una mayor presencia de esta enfermedad, con tasas cercanas al 15%. También se destaca el incremento de la incidencia

de la enfermedad en Europa en los últimos años, pasando de un 2-3% hasta alcanzar valores cercanos al 5% (Spaeth 2009).

En cuanto al género, es muy llamativo el hecho de que haya una gran diferencia entre la incidencia en hombres y en mujeres. En todos los estudios se encuentra una mayor tasa de mujeres, variando la correlación entre unos y otros (Wolfe 1995). La edad de diagnóstico es a partir de los 20 años³¹, siendo prácticamente nula en niños y aumentando con la edad. La incidencia entre los 20 y 30 años solo es de un 1%, mientras que el valor más alto se encuentra entre 60 y 79 años (McNally 2005). Cabe destacar que aunque se le ha dado muy poca importancia en la literatura científica a la fibromialgia juvenil/infantil, se ha percibido un aumento de la incidencia en este colectivo en los últimos años (McNally 2005).

En el 2007 y utilizando la posibilidad de llegar a más gente a través de las nuevas tecnologías, se realizó una encuesta a más de 2500 personas de todas las edades, géneros y razas. Los datos obtenidos venían a corroborar los expresados en párrafos anteriores, pero esta encuesta introdujo un nuevo parámetro muy revelador: el peso. Un 70% de la muestra tenía un índice de masa corporal mayor de 25, y de ellos, un 43% mayor de 30 (Bennet 2007).

Al tratarse de una enfermedad de etiología desconocida y con una sintomatología muy amplia, su diagnóstico es casi tan complejo como el tratamiento. Como ya se ha mencionado, actualmente se usan los criterios de la ACR5. Bastaría con que el sujeto cumpliera dos condiciones: referir una historia de dolor crónico generalizado y sentir dolor a la presión en 11 de los 18 “*tender points*”. Además, la presencia de algún otro síntoma clínico no excluye el diagnóstico de fibromialgia.

- **Historia de dolor crónico generalizado:** El dolor se considera generalizado cuando se presenta: en el lado derecho e izquierdo del cuerpo (incluidos hombros y glúteos), por encima y por debajo de la cintura, y a lo largo de la columna vertebral o en algún segmento de ésta. El dolor deberá haberse mantenido presente al menos a lo largo de 3 meses.
- **Dolor en 11 de los 18 “*tender points*” en la presión digital:** Los “*tender points*” son puntos de especial sensibilidad a la presión. La presión debe ser aplicada con una fuerza de 4kg y para que un punto sea considerado positivo, el

paciente debe manifestar que la palpación ha sido dolorosa. Deberá ser doloroso en al menos 11 de los 18 puntos a examinar. Estos 18 puntos son bilaterales, y se encuentran en:

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales.
- Cervical inferior: anterior al espacio intertransverso entre C5 y C7.
- Músculo trapecio: en el punto medio del borde superior.
- Músculo supraespinoso: en el origen, sobre la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- Segunda costilla: en la segunda unión costochondral, lateral a las uniones de caras superiores.
- Epicóndilo lateral: dos centímetros distal al epicóndilo lateral.
- Glúteo: en el cuadrante superoexterno de la nalga.
- Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérea
- Articulación de la rodilla: en la bolsa adiposa medial, proximal a la línea articular.

En 2010 la ACR se propuso alcanzar un consenso y publicó el listado de los síntomas válidos en el posible diagnóstico de fibromialgia. Además de los tres ya mencionados: dolor, fatiga y alteraciones del descanso, también consideraba los siguientes: síndrome del intestino irritable, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor / calambres en el abdomen, mareos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en la parte superior del abdomen, náuseas, nerviosismo, dolor de pecho, visión nublada, fiebre, diarrea, sequedad de la boca, picores, enfermedad de Raynaud, sibilancias, adormecimiento / cosquilleos, sarpullidos / erupciones, tinnitus, vómitos, ardor de estómago, úlceras orales, pérdida o cambio del sentido del gusto, convulsiones, sequedad de ojos, respiración entrecortada, pérdida de apetito, sensibilidad al sol, pérdida de oído, aumento de la frecuencia de micción, disuria y espasmos de vejiga (Villanueva,2004).

Como se ha mencionado anteriormente, el tratamiento de la fibromialgia, al tratarse de una enfermedad idiopática, es un tratamiento sintomático paliativo. Está basado en disminuir la sintomatología y mejorar tanto la calidad de vida como la funcionalidad del sujeto con fibromialgia. Los objetivos del tratamiento son: aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, mejorar la capacidad física (Collado, 2011). Dada su complejidad será abordada por un equipo multidisciplinar

y con combinación de técnicas, existiendo evidencia científica de la eficacia de la técnica combinada.

La actividad física es el tratamiento por excelencia de la fibromialgia. En cualquier revisión le dan una gran importancia a la presencia de ejercicio dentro de la intervención terapéutica. Son numerosas las publicaciones que buscan comprobar el tipo, frecuencia o duración del ejercicio más eficaz (Arnold, 2012).

Se han estudiado, tanto en combinación con otras terapias, como de manera aislada, y en todos los casos su efecto ha resultado positivo. El gran problema de los sujetos con fibromialgia es la baja tolerancia que tienen a la actividad física, y que muchas veces el dolor post-ejercicio es mayor que el dolor previo. Por ello hay que adaptar el ejercicio terapéutico a sus necesidades, teniendo en cuenta las consecuencias (Clark, 2001).

Las pautas generales son que el ejercicio aeróbico es el más recomendable, pero muchos autores difieren en la intensidad y en la frecuencia del mismo. A su vez, otros consideran el entrenamiento de fuerza igualmente eficaz, pero tampoco precisan que tipo de contracción, tiempo o intensidad son mejores. En cualquier caso los protocolos aplicados son muy poco explícitos, y conviene precisar más para poder aumentar la eficiencia del tratamiento (Sanudo, 2010).

Otra de las terapias más controvertidas y que podrían englobarse en este grupo son los estiramientos. Hay estudios que argumentan que tienen efectos positivos en reducir el dolor generalizado y de los “*tender points*”, mientras que otros defienden que el efecto es muy poco significativo frente a otros tratamientos como los ejercicios de fortalecimiento (Matsutani, 2007).

Es importante precisar aquí las diferencias entre los conceptos, a menudo usados indistintamente, entre actividad física, ejercicio físico y ejercicio terapéutico. Se entiende por actividad física “cualquier movimiento voluntario del cuerpo que consume calorías y que se realiza sin limitaciones, incluyéndose las actividades básicas, avanzadas e instrumentales de la vida diaria” (Varo, 2003). Este concepto ayuda a precisar el de ejercicio físico, puesto que se entiende como “toda actividad física que se planifica y se hace regularmente, con movimientos repetitivos y compensados” (Varo, 2003).

En línea con esta definición, ejercicio terapéutico es “la ejecución sistemática de movimientos físicos, posturas o actividades planificadas, con el fin de corregir o prevenir

impedimentos, mejorar la función, reducir el riesgo, optimizar el estado general de salud y mejorar la capacidad física y el bienestar”. Esto incluye el entrenamiento aeróbico, los ejercicios de flexibilidad y el entrenamiento de fuerza entre otros (Bellato, 2012).

En este sentido, todos los estudios que se han empleado en esta revisión, evalúan el ejercicio con un fin terapéutico para mejorar la sintomatología de la fibromialgia, aunque en muchos de ellos lo denominan actividad física o ejercicio físico. Es por ello que en esta revisión también se utilizan con asiduidad los términos actividad física y ejercicio físico, pero siempre para hacer referencia al término usado en el estudio correspondiente. De cualquier forma, estos conceptos deben entenderse siempre desde el ámbito del ejercicio terapéutico.

Por todo lo anteriormente mencionado, este trabajo pretende profundizar en dicho ejercicio, buscando unificar y precisar los distintos niveles de evidencia de los diferentes tipos de ejercicios. Consecuentemente, se intenta buscar la más fiable y eficiente combinación de éstos para poder proponer un protocolo eficaz en el tratamiento fisioterapéutico de la fibromialgia.

Metodología

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos: PubMed, Cochrane, entre Marzo y Abril del 2016. Tras aplicarse los criterios de inclusión y exclusión, se realizó un análisis del nivel de evidencia científica.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de esta revisión era determinar qué programa de ejercicios es más eficaz a la hora de reducir la sintomatología de sujetos con fibromialgia. Antes de analizar en profundidad los resultados obtenidos, hay dos grandes evidencias que se cumplen en prácticamente la totalidad de los estudios.

La primera, y de vital importancia, es que en ningún caso el ejercicio físico reporta efectos secundarios perjudiciales o contraproducentes. Únicamente dos estudios hacen referencia al aumento del dolor durante el ejercicio pero también destacan después la

reducción del mismo por debajo de los niveles previos a la intervención, tanto al acabar el ejercicio como a corto y medio plazo (Carson, 2010).

La segunda, es que al realizar un programa de ejercicio, sea cual sea la actividad, la condición física mejora. Lógicamente, en función del estímulo mejorarán más unos u otros parámetros, como son los ejemplos de la fuerza en los programas con cargas o la resistencia o el consumo máximo de oxígeno en los programas aeróbicos. Estos datos indican que pese a que los sujetos que padecen la enfermedad puedan referir mialgias e impotencia funcional, la función y respuesta neuromuscular es normal, adaptándose al estímulo dado (Wennemer, 2006).

En cuanto a la elección de la actividad que resulta más eficaz para reducir la sintomatología, se puede observar que no hay grandes diferencias.

Todos los tipos de ejercicio obtienen aproximadamente una reducción del dolor y del impacto de la fibromialgia entre un 8 y un 20%. No se han encontrado resultados desequilibrados entre los distintos tipos de programas aeróbicos ni de fuerza, independientemente de trabajar con cargas o con peso libre (Kayo, 2012). Hay que destacar, sin embargo, que en los ejercicios acuáticos, en el Tai Chi y el yoga, los pacientes refieren menos dolor durante la sesión, posiblemente al ser una intensidad más ligera (Newcomb, 2011).

Estas actividades parecen también más eficaces a la hora de reducir los “*tender points*”. La mitad de programas de ejercicio de fuerza (Kayo, 2012) no reportan mejoras, tan solo un programa de ejercicio aeróbico⁹⁷ las reporta, y en cambio todos los programas acuáticos y de actividades alternativas sí observan mejoras. Las mejoras rondan siempre en torno a los 4 “*tender points*” en todos los estudios (De Andrade, 2008).

Incluso los estudios que comparan ejercicio en agua y en tierra obtienen mejores resultados para los grupos de agua (Altan, 2004). Es importante precisar que los beneficios no se obtienen por el simple hecho de realizar sesiones grupales en piscina, si no por realizar ejercicio dentro de ella (Altan, 2009). Además no tiene relevancia si el ejercicio se realiza en piscina o mar, obteniendo los mismos resultados salvo una mejora de los niveles de depresión en el mar. Esto se traduce en una reducción de costes para los que tengan fácil acceso a la costa.

Este síntoma, la depresión, parece mejorar en todos los deportes por igual, salvo en los artículos de fuerza que no la incluían como una variable de estudio. Bien es cierto que la tendencia parece apuntar a que el ejercicio en agua tiene una eficacia ligeramente superior al resto.

Por último, se encuentra un matiz muy importante en los dos únicos estudios que dividen a los sujetos en función del impacto de la fibromialgia y la gravedad de su sintomatología. Así se pudo comprobar que a mayor gravedad de la enfermedad, más eficaz resulta el ejercicio. También se pueden observar más mejoras en función de la edad de los sujetos con fibromialgia; cuanto más joven, mejores resultados (Sanudo, 2011).

Otra de las incógnitas que se plantean para determinar el protocolo más eficaz es sobre la frecuencia, duración e intensidad del ejercicio. Un alto porcentaje de los programas aquí desarrollados siguen las directrices de la *American College of Sports Medicine* para mantener el buen estado cardiorrespiratorio, muscular y de flexibilidad.

Por ello, es prácticamente imposible tratar de analizar la duración de las sesiones, puesto que todas oscilan en un corto rango de entre 30 y 90 minutos, siendo 60 minutos la recomendación por excelencia (Romero, 2012).

En cuanto a la frecuencia, si hay ensayos clínicos que buscan separarse de la tendencia ampliamente aceptada de 2 ó 3 sesiones semanales. De especial relevancia son dos ensayos clínicos que comparten la misma metodología (Munguia, 2007) pero con la única salvedad de que uno añade práctica diaria en casa (Newcomb, 2011). Las reducciones conseguidas por éste en el impacto de la enfermedad fueron prácticamente del doble. Aunque puede ser un pequeño indicio, son necesarios estudios más específicos para afirmar que la actividad física diaria es más eficaz que la de 2 ó 3 veces por semana.

Para finalizar, en lo referente a la intensidad del ejercicio ocurre algo parecido que con la duración. Prácticamente la totalidad de los ensayos clínicos incluidos investigan con intensidades moderadas y altas, que varían entre un 60 y un 80%. Tres estudios aportan resultados que hacen pensar que este rango no es el único válido. El primero permite elegir la intensidad a los sujetos, que es menor que la prescrita (Carson, 2010); el segundo compara la marcha nórdica a altas intensidades con bajas (Garcia-Martinez, 2012); y el tercero fomenta la vida activa permitiendo la libre elección de la actividad a realizar (Fontaine, 2011). Pese a que en todas ellas la intensidad alcanzada fue menor de la

teóricamente aconsejada, no hubo diferencias significativas en las mejoras respecto a los grupos de control que se ejercieron a intensidades moderadas y altas. Especialmente curioso resulta el caso del último artículo, el único de toda la revisión en el que no se obtienen mejoras de la capacidad física. A pesar de ello, los resultados en la reducción del dolor y de otros síntomas son equiparables a cualquier otro estudio.

Esto apunta, que pese a presunción de que las intensidades moderadas y altas son más eficaces, la intensidad no es relevante. Es más, podría pensarse que, los sujetos, al sentirse menos presionados y requerir menor esfuerzo, abandonan en menor medida el programa de ejercicio.

En función del tipo de actividad, el ejercicio aeróbico parece ser más eficaz a la hora de mantener los resultados. Algunos autores afirman que con intervenciones de 12 semanas, se conservan los efectos durante 9-12 meses (Jones, 2012) aunque no todos obtuvieron los mismos resultados y a los 12 meses no se apreciaban cambios respecto al estado previo a la intervención (Sanudo, 2011).

En el ejercicio acuático, parece más consensuado que tras un periodo igual o mayor que el de la intervención, se pierden todas (Hoeger, 2011) o prácticamente todas las mejoras conseguidas (Altan, 2009).

Por último, en los programas de Pilates también se pierden los efectos conseguidos con el ejercicio tras un periodo equivalente al doble de la intervención (Valkeinen, 2004), mientras que en el Tai Chi, si después de la intervención se continúa con la práctica diaria, se mantienen los resultados al año (Newvomb, 2011).

De cualquier forma, estos resultados no son concluyentes puesto que ningún estudio refleja si los pacientes han mantenido un estilo de vida activo o no, lo cual puede influir en gran manera en los resultados del seguimiento. Aun así, se pueden extraer dos grandes conclusiones: que el ejercicio tampoco empeora la sintomatología a largo plazo, es más, puede que se conserve algún efecto positivo; y que la práctica diaria ayuda a mantener los niveles de mejora adquiridos.

Por último, el segundo de nuestros objetivos, acerca de las recomendaciones de ejercicio. La práctica de cualquier actividad, intensidad, duración y frecuencia son eficaces reduciendo la sintomatología. Es necesario por tanto, empezar a experimentar con distintas actividades a las aquí expuestas. Sería un logro conseguir ampliar la oferta de actividades

eficaces. Al aumentar la variedad, y posibilidad de elección según los gustos del sujeto, es posible también que mejoren los porcentajes de adherencia terapéutica a los programas. Dentro de este ámbito, parece recomendable comenzar a analizar los efectos de los diferentes deportes, ya que son actividades de bajo coste, ampliamente extendidas, de fácil acceso para todos, y que no han sido estudiadas todavía.

Referencias

- Altan L, Bingol U, Aykac M, Koc Z, Yurtkuran M. (2004). Investigation of the effects of pool-based exercise on fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 24(5): 272-277.
- Altan L, Korkmaz N, Bingol U, Gunay B. (2009). Effect of pilates training on people with fibromyalgia syndrome: A pilot study. *Archives Physiology Medicine Rehabilitation*, 90(12): 1983-1988.
- Arnold B, Hauser W, Arnold M, et al. (2012). Multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz*, 26(3): 287-290.
- Bellato E, Marini E, Castoldi F, et al. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 4261-30
- Bennett R, Jones J, Turk D, Russell IJ, Matallana L. 2007; An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(1): 27.
- Berrocal-Kasal, A. (2014). Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno. *Revista Medica Herediana*, (25), 93-97.
- Brown GT. (2001). Greenwood-Klein J. Juvenile fibromyalgia syndrome: The role for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 48(2): 54-65.
- Carson JW, Carson KM, Jones KD, Bennett RM, Wright CL, Mist SD. (2010). A pilot randomized controlled trial of the yoga of awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain*, 151(2): 530-539.
- Clark SR, Jones KD, Burckhardt CS, Bennett R. (2001). Exercise for patients with fibromyalgia: Risks versus benefits. *Current Rheumatology Reports*. 3(2): 135-146.

- Collado Cruz A, Torres i Mata X, Arias i Gassol A, et al. (2011). Efficiency of multidisciplinary treatment of chronic pain with locomotor disability. *Medicina Clinica*, 117(11): 401-405.
- De Andrade SC, de Carvalho RF, Soares AS, de Abreu Freitas RP, de Medeiros Guerra LM, Vilar MJ. (2008). Thalassotherapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial comparing aquatic exercises in sea water and water pool. *Rheumatology International*, 29(2): 147-152.
- Elenguer, R., Siso, A. y Ramos-Casals, M. (2009). Clasificación de la fibromialgia: ¿Existen distintos tipos de pacientes? *Revista de la facultad de ciencias médicas*, 2006(4), 146-158.
- Fontaine KR, Conn L, Clauw DJ. (2011). Effects of lifestyle physical activity in adults with fibromyalgia: Results at follow-up. *Journal of Clinical Rheumatology*, 17(2): 64-68.
- Garcia-Martinez AM, de Paz JA, Marquez S. (2012). Effects of an exercise programme on self-esteem, self-concept and quality of life in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Rheumatology International*, 32(7): 1869-1876.
- Hoeger Bement MK, Weyer A, Hartley S, Drewek B, Harkins AL, Hunter SK. (2011). Pain perception after isometric exercise in women with fibromyalgia. *Archives Physiology Medicine Rehabilitation*, 92(1): 89-95.
- Jones KD, Sherman CA, Mist SD, Carson JW, Bennett RM, Li F. (2012). A randomized controlled trial of 8-form tai chi improves symptoms and functional mobility in fibromyalgia patients. *Clinical Rheumatology*, 31(8): 1205-1214.
- Kayo AH, Peccin MS, Sanches CM, Trevisani VF. (2012). Effectiveness of physical activity in reducing pain in patients with fibromyalgia: A blinded randomized clinical trial. *Rheumatology International*, 32(8): 2285-2292.
- Matsutani LA, Marques AP, Ferreira EA, et al. (2007). Effectiveness of muscle stretching exercises with and without laser therapy at tender points for patients with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 25(3): 410-415.

- Munguia-Izquierdo D, Legaz-Arrese A. (2007). Exercise in warm water decreases pain and improves cognitive function in middle-aged women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 25(6): 823-830.
- McNally J. (2005) The epidemiology of self-reported fibromyalgia in Canada. *The Journal of Rheumatology*, 32(7): 1385-1385.
- Newcomb LW, Koltyn KF, Morgan WP, Cook DB. (2011). Influence of preferred versus prescribed exercise on pain in fibromyalgia. *Medicine and Science Sports Exercise*, 43(6): 1106-1113.
- Prada Hernández, D.M., Molinero Rodríguez, C., Gómez Morejón, J.A. y Marín Toledo, R. (2011). Fibromialgia. Una reflexión necesaria. *Revista Cubana de Reumatología*, 15-18.
- Sanudo B, Galiano D, Carrasco L, Blagojevic M, de Hoyo M, Saxton J. (2010). Aerobic exercise versus combined exercise therapy in women with fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12): 1838-1843.
- Sanudo B, Galiano D, Carrasco L, de Hoyo M, McVeigh JG. (2011). Effects of a prolonged exercise program on key health outcomes in women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(6):521-526.
- Spaeth M. (2009). Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 11(3): 117.
- Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez González MA, Sánchez-Villegas A, Martínez Hernández JA, de Irala Estévez J, Gibney MJ. (2003). Actitudes y prácticas en actividad física: Situación en España respecto al conjunto europeo. *Atención Primaria*, 31(2):77-84.
- Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, Andrés. (2004). Fibromialgia: Diagnóstico y tratamiento del estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7): 50-63.
- Wennemer HK, Borg-Stein J, Gomba L, et al.(2006). Functionally oriented rehabilitation program for patients with fibromyalgia: Preliminary results. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(8): 659-666.

Wolfe F. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheumatology journal*, 38(1): 19-28.

RELACIÓN ENTRE EL DOLOR DE HOMBRO Y EL RANGO ARTICULAR EN JUGADORES DE BALONCESTO EN SILLA DE RUEDAS

García-Gómez, S*, Pérez-Tejero, J.*, Rosa-Gaspar, F.J. **

**Centro de Estudios sobre Deporte Inclusivo (CEDI), Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF), Universidad Politécnica de Madrid (UPM).*

***Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Física (FEDDF)*

j.perez@upm.es

Resumen

El dolor del hombro en jugadores de baloncesto en silla de ruedas (BSR) es frecuente debido a la complejidad de la articulación y la susceptibilidad a lesiones músculoesqueléticas. El objetivo de este estudio fue detectar si existe una relación entre el dolor y el rango articular del hombro en este deporte. 15 jugadores de BSR de edades comprendidas entre 15 y 20 años fueron evaluados mediante el “*Cuestionario del dolor de hombro en BSR*” durante una concentración de la selección nacional sub 22 en el Centro de Alto Rendimiento (CAR) de San Cugat, Barcelona. Para el análisis estadístico se utilizó la correlación de Spearman y el nivel de significación se estableció en $p \leq .05$. Al realizar la correlación entre los ítems relacionados con gestos deportivos y las mediciones goniométricas, se encontró una correlación inversa entre la rotación externa del hombro derecho ($r = -.715$; $p \leq .05$) y la percepción de dolor. En relación a la amplitud de movimiento y gestos deportivos, las correlaciones fueron de altas a muy altas. Sin embargo, en cuanto a los ítems relativos a actividades diarias existió una correlación baja. Se registró una correlación estadísticamente significativa del dolor del hombro y la movilidad articular en actividades como impulsar la silla ($r = -.813$; $p \leq .05$) y realizar acciones rebotes/pases ($r = -.714$; $p \leq .05$), mientras que no se registró correlación significativa del dolor en actividades cotidianas y el rango de movimiento del hombro. Las actividades realizadas dentro del contexto deportivo podrían verse afectadas por el estado de salud. Existe una relación entre el dolor del hombro y la movilidad articular, por lo que es necesario su evaluación clínica y seguimiento.

Palabras clave: amplitud articular, dolor de hombro, goniometría, cuestionario.

Introducción

En la actualidad el baloncesto en silla de ruedas (BSR) uno de los deportes adaptados con mayor trascendencia a nivel mundial. Este deporte surge a partir del baloncesto convencional, por lo que no presenta grandes variaciones en función a las reglas propias del juego, salvo a aspectos concretos referidos al uso de la silla de ruedas y la clasificación funcional de los jugadores. Dicha clasificación es un requisito para establecer una competición justa y equitativa (IWBF, 2014; Pérez-Tejero, 2009).

El sistema de clasificación funcional para el BSR y desarrollado por Horst Strohkendl se comenzó a utilizar a partir del año 1984 (Font, 2004). Esta clasificación evalúa la capacidad en función al movimiento y la condición médica del jugador, no la discapacidad como tal (Crespo-Ruiz, Del Ama-Espinosa y Gil-Agudo, 2011). Existen factores como la función del tronco, la de los miembros inferiores y superiores que determinan la clase funcional (IWBF, 2014).

En el BSR, de acuerdo a la clasificación funcional, cada jugador tendrá un volumen de acción, el cual se establece según cuatro posibles niveles, tomando en cuenta en posición sentada (IWBF, 2014; Pérez-Tejero, 2009). El control muscular en sedestación se relaciona a la estabilidad pélvica de acuerdo a las normas establecidas por la Federation Internacional de Baloncesto en Silla de Ruedas (IWBF, por sus siglas en inglés). Esta clasificación funcional es de vital importancia para regular la participación de personas con diferentes discapacidades físicas, así como proporcionar igualdad de condiciones para la evaluación del potencial físico. Un jugador considerado “minimal handicap” es clasificado con una puntuación de 4,5 puntos. Por otro lado, el grado de dolor no es considerado como discapacidad permanente y medible. La asignación de la clase funcional se suele corresponder con un perfil tipo de discapacidad, que se tiene en cuenta a la hora de determinar el rol en pista de cada jugador (Pérez-Tejero, 2012) o seleccionar a los jugadores que compiten en un determinado quinteto en pista (IWBF, 2014):

Clase 1: Paraplejas D1-D9 sin control muscular abdominal, secuelas de polio involucrando miembro superior y sin control de la musculatura del tronco.

Clase 2: Paraplejas D10-L1, polio, sin control de movimientos de miembros inferiores.

Clase 3: Paraplejias L2-L4, con control de la flexión de cadera, movimientos de aducción, pero sin control de la extensión o abducción de la cadera. Secuelas de polio.

Clase 4: Paraplejias L5-S1, con abducción de cadera y extensión en un lado. Secuela de polio en una pierna. Amputado sobre rodilla unilateral con muñón corto. La mayoría del doble amputado sobre rodilla, algunos dobles amputados por debajo de la rodilla.

Clase 4,5: Amputado unilateral bajo rodilla cuyo muñón sea $\frac{3}{4}$ parte más de la mitad.

Algunos dobles amputados bajo la rodilla con prótesis. Jugadores con problemas ortopédicos en caderas, rodillas o tobillo. Secuela de polio mínima en una o ambas piernas con abducción.

En las personas con discapacidad física la silla de ruedas es un instrumento de soporte que mejora la movilidad, son utilizadas de acuerdo a las medidas antropométricas y nivel de funcionalidad de cada usuario, tomando en cuenta que no todas las personas que juegan BSR realizan las actividades de la vida diaria (AVD) en ella (IWBF, 2014; Pérez-Tejero, 2009). Para la utilización de una silla de ruedas en el BSR, se debe cumplir una serie de normas establecidas por la IWBF (2014) (Figura 1).

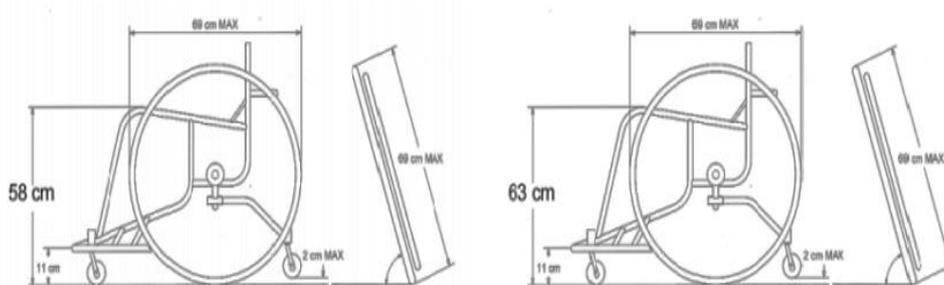


Figura 1. Medidas de la silla de ruedas en el BSR (IWBF, 2014)

Aspectos como el acoplamiento entre la silla y el usuario, la exigencia mecánica y muscular, patrón de movimiento repetitivo, así como diversos aspectos de la técnica de propulsión inciden en la eficiencia de la propulsión en silla deportiva (Pérez-Tejero, 2007; van der Woude, Janssen y Veeger, 2005; Vanlandewijck, Theisen y Daly, 2001) esto explica que un diseño adecuado tiene un impacto positivo en el uso de la misma (Gil-Agudo, Del Alma Espinosa y Crespo-Ruiz, 2010).

En el BSR, como en todo deporte, es vital conocer la biomecánica y las consecuencias de la realización de movimientos repetitivos, teniendo en cuenta que los usuarios de silla de ruedas que practican deportes presentan dos veces menos dolor que los no deportistas (Fullerton, Borckardt y Alfano, 2003; Vanlandewijck et al., 2001). Sin embargo, algunos autores indican que el deporte no aumenta ni disminuye el riesgo del dolor (Finley y Rodgers, 2004). Así mismo, se explica que tanto las personas que hacen uso de la silla de ruedas como las que no las utilizan tienen el mismo riesgo de tener algún trastorno del hombro (Jain, Higgins, Katz y Garshick, 2010).

La articulación del hombro por su estructura anatómica, presenta escasa estabilidad por lo que es propensa a presentar lesiones que traen como resultado el dolor (Kapandji, 2006; Ruano Gil et al., 2011) En el caso de la utilización de la silla de ruedas puede precipitar la aparición de dolor en el hombro; el 15% de usuarios de silla de ruedas suelen no tener dolor de hombro antes de utilizar silla de ruedas. Sin embargo, el 78% de las personas con tetraplejia y 59% con paraplejia experimentan dolor de hombro desde que comienzan a utilizar la silla de ruedas (Curtis, Drysdale, Lanza, Kolber, Vitolo y West, 1999).

Es evidente la relación que existe entre el uso de la silla de ruedas y la aparición de dolor de hombro, todos los músculos que intervienen en el movimiento de la articulación del hombro se ven afectados en la fase de propulsión o en la de recobro tanto en población sedentaria como deportista, así como en personas con tetraplejia y paraplejia (Mulroy, Gronley, Newsam y Perry, 1996; Curtis et al., 1999). Parece, incluso, que existen una serie de alteraciones neuromusculoesqueléticas, como la tendinitis del supraespinoso y síndrome subacromial, que podrían provocar dolor en el hombro, muy frecuentes en el BSR (Pérez-Tejero, 2007).

El dolor de hombro es reportado en el 85% de jugadores de BSR, siendo la tendinopatía del manguito rotador, tendinitis del tendón largo del bíceps y contractura severa del trapecio las lesiones de hombro por desgaste más frecuentes en competiciones españolas atribuyéndose a la sobrecarga, la postura y al control del tronco (Gragera Gama, 2011; Pérez-Tejero y Castellanos, 2009). Los jugadores con discapacidad mínima (clase 4-4,5) realizan sobreesfuerzo en las situaciones de juego, ocasionando alteraciones en los tejidos blandos y cambios degenerativos en el hombro (Curtis et al., 1995a; Yildirim, Comert y Ozengin, 2010).

Por todo lo anterior, el propósito de este estudio fue detectar si existe una relación entre el dolor del hombro y la amplitud del rango articular en jugadores en proceso de formación (sub 22). Para la valoración del dolor de hombro se utilizaron mediciones goniométricas (Riddle, Rothstein y Lamb, 1987), y el cuestionario de dolor de hombro (García-Gómez y Pérez-Tejero, 2016), utilizados para el abordaje clínico, que podrían ayudar a establecer prioridades al implementar un programa de entrenamiento.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 15 jugadores de BSR, con edades comprendidas entre 15 y 20 años. En el marco de la concentración Sub 22 masculina de la Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física (FEDDF), realizada en el Car San Cugat, Barcelona del 26 al 30 diciembre de 2015, se realizó una evaluación fisioterapéutica para determinar el grado de dolor relacionado a las actividades de la vida diaria (AVD) y gestos deportivos (GD). En la Tabla 1 se reflejan las características generales de la muestra estudiada.

Tabla 1. Características generales de los participantes del estudio.

Jugador	Edad	Clase funcional IWBf	Años de lesión	Años AVD	Años deporte federativo	Tipo de discapacidad	Nivel LM
1	15	1.5	13	0	4	AMP	-
2	19	4.5	19	0	3	AMP	-
3	18	1.5	18	10	7	LM	D11- L1
4	17	2.5	17	3	11	LM	L4
5	18	4.5	16	0	3	Otros	-
6	19	4.5	3	0	6	Otros	-
7	18	4.5	4	0	-	Otros	-
8	18	2	18	15	4	LM	L1-L2
9	20	2.5	20	0	5	LM	L4-L5
10	16	2.0	16	16	1	LM	L3-L4
11	15	2.0	10	10	3	LM	L2
12	16	2.5	16	16	8	LM	L3
13	16	3.5	16	0	6	AMP	-
14	19	4.5	19	3	3	Otros	-
15	19	2.5	19	18	5	LM	L5-S1

Nota. AVD: Actividades de la Vida Diaria, LM: Lesión Medular, EB: Espina Bífida, AMP: Amputación.

Criterios de inclusión

Se determinaron una serie de criterios de inclusión que fueron: formar parte de la preselección Sub 22 española de BSR en el momento del estudio (este criterio implica disponer licencia federativa en vigor), utilizar la silla de ruedas manual al menos un año antes del estudio (en el caso de utilizar la silla para las actividades cotidianas), un año al menos de experiencia en competición y la aceptación del consentimiento informado. Los criterios de exclusión establecidos fueron que jugadores con lesiones agudas post proceso quirúrgico en el tren superior al momento o un año antes del estudio y con diagnósticos diferenciales (como lesiones agudas a nivel cervical, traumatismos reciente en el hombro o un año antes del estudio) no participarían.

Instrumentos

Cuestionario Análisis del Dolor de Hombro

En este estudio se utilizó el Cuestionario de Valoración del Dolor del Hombro en el BSR (CVDH) desarrollado por Pérez-Tejero, Martínez-Sinovas y Rossignoli (2006) y validado por García-Gómez y Pérez-Tejero (2016) que proporciona datos acerca del dolor de hombro en función a las AVD (Curtis et al., 1995a, 1995b) y en gestos deportivos específicos (GD) del BSR (Pérez-Tejero, Martínez-Sinovas y Rossignoli, 2006). El CVDH tiene como objetivo analizar la incidencia del dolor de hombro en jugadores de BSR. Está conformado por tres ámbitos: características del dolor en relación a las transferencias desde o hacia la silla (5 ítems), AVD (10 ítems) y GD (4 ítems).

Goniometría

Para determinar la presencia o ausencia de lesión mediante parámetros normales de grados de movilidad, se utilizó la goniometría (Mullaney, McHugh, Johnson, y Tyler, 2010; Norkin y White, 2006; Riddle et al., 1987). El Sistema de notación utilizado fue el de 0° al 180°, la escala que va de 1° a 5°, siendo la más utilizada (Eriks-Hoogland, de Groot, Post y van der Woude, 2011). Se realizaron los diferentes movimientos del hombro, exceptuando la aducción. En este caso, los datos obtenidos con las mediciones goniométricas se relacionan a los planteados por la Academia Americana de Cirugía Ortopédica (AAOS, siglas en inglés).

Diseño y Procedimiento

Se desarrolló un estudio de tipo no experimental. El procedimiento de recogida de datos se realizó de acuerdo a una serie de criterios que salvaguardan la integridad del participante tal como lo refiere la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). La Figura 2 detalla el esquema de trabajo para el procedimiento de recolección de datos.

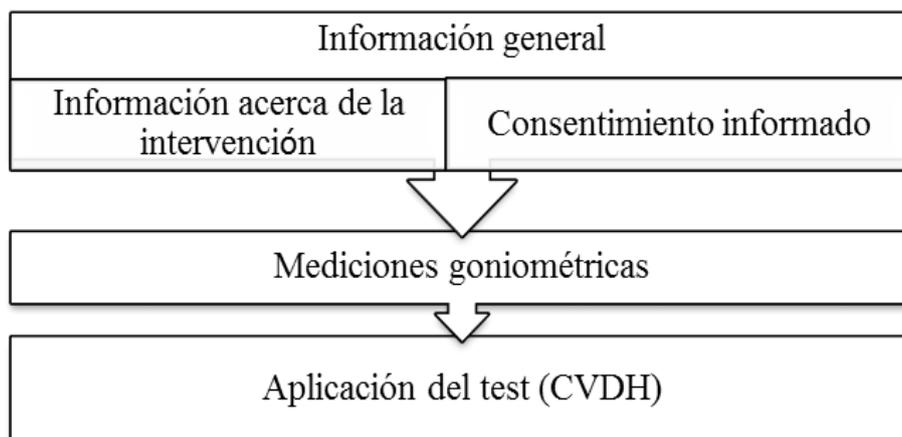


Figura 2. Esquema del Procedimiento de recolección de información

Se administró el CVDH el segundo día de la concentración, posteriormente el tercer y cuarto día al terminar el entrenamiento se realizó la evaluación en posición sedente. Esta consta de una apreciación general de la movilidad y valoración goniométrica de la articulación del hombro tomando como referencia los datos de la Academia Americana de Cirugía Ortopédica (Curtis et al., 1995b).

Análisis de datos

Para analizar los datos se establecieron las características generales relacionadas al uso de silla de ruedas para hacer las transferencias, AVD y GD. Se utilizaron pruebas no paramétricas ya que al evaluar la normalidad de las variables, éstas no superaron la Prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para valorar si existe relación entre el dolor de hombro y el rango de movimiento se utilizó la correlación de Spearman.

La interpretación de la correlación observada se realizó considerando los valores <0.20 muy bajo; entre 0.20-0.39 bajo; 0.40-0.59 moderada; 0.60-0.79 alta; 0.80-1 muy alta (Morrow, Jackson, Disch y Mood, 2005). El software utilizado para el tratamiento de datos fueron la hoja de cálculo Excel (Microsoft office 2007) y el programa SPSS V18.0, utilizando el nivel de significación en $\alpha \leq .05$

Resultados

De la muestra estudiada, el 66.7% utilizó la silla solo en el deporte y el 33.3% para realizar AVD. De acuerdo a los resultados obtenidos, el 20% de la muestra estudiada presentó dolor de hombro tanto en actividades referidas a las AVD como deportivas (GD). Se realizó una tabla con la suma de los datos obtenidos por cada jugador y los tres ámbitos indicados del CVDH (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados obtenidos de CVDH en jugadores BSR Sub 23

CVDH	Transferencias					Actividades de la Vida Diaria (IC)										IT AVD	IC	Gestos Deportivos				IT GD	IT	
	Jugador	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18			19
1*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	14
2*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	14
3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	1	22	15	2	2	2	1	8	29
4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	19	12	1	1	1	1	4	24
5*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	15
6*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	15
7*						2	4	1	1	1	2	0	0	3	1	1	14	14	4	2	4	4	14	37
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	10	1	1	1	1	4	19
9*						2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	1	1	1	1	4	16
10	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	10	1	1	1	1	4	21
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	17	12	1	3	3	1	8	28
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	10	1	1	1	1	4	15
13*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	15
14*						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	1	1	1	1	4	15
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	10	1	1	1	1	4	19
Min	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	10	1	1	1	1	4	18
Máx	1	1	2	2	3	2	4	1	1	1	3	3	1	3	2	3	30	21	4	3	4	4	15	45
M	0.47	1.00	1.14	1.14	1.57	1.13	1.27	1.00	1.00	1.00	1.27	1.20	1.00	1.20	1.07	13.67	14.53	1.27	1.27	1.40	1.20	5.20	19.73	
DT	0.52	0.00	0.38	0.38	0.79	0.35	0.80	0.00	0.00	0.00	0.59	0.56	0.00	0.56	0.26	3.90	4.54	0.80	0.59	0.91	0.78	2.81	6.89	

Nota. En negrita se indican los datos de dolor de hombro en actividades realizadas. AVD: actividades de la vida diaria. GD: gestos deportivos. IT: índice total, IC: índices comunes, M: Media, DT: desviación típica.*Jugadores que no usan SR en sus AVD, solo en la práctica del BSR.

En relación al CVDH, es importante destacar la aparición de dolor durante los GD (lanzar a canasta, impulsar silla durante el juego, realizar acciones de rebotes/pases y determinadas situaciones de juego). Por otro lado, en cuanto al rango de movimiento activo, las medias que se obtuvieron en las medidas goniométricas se encontraron por debajo de los estándares indicados por la AAOS, excepto en la extensión del hombro derecho e izquierdo, que estuvieron por encima de las mediciones estándar, lo que indica una clara disminución del rango articular en la muestra estudiada (Tabla 3).

Al realizar la correlación entre los ítems relacionados a gestos deportivos y las mediciones goniométricas se registró una correlación inversa en función a la rotación externa del hombro derecho ($r = -0.715$; $p \leq 0,05$), mostrando la relación del dolor del

hombro y la movilidad articular en items como impulsar la silla ($r=-0,813$; $p\leq 0,05$) y realizar acciones rebotes/pases ($r=-0,714$; $p\leq 0,05$). De acuerdo a los puntos de corte, estas correlaciones fueron de alta a muy altas. En cuanto a los ítems relativos a actividades cotidianas (transferencias y AVD) existió una correlación baja, por lo que no hubo correlación estadísticamente significativa del dolor en AVD y transferencias con respecto al rango de movimiento del hombro.

Tabla 3. Medidas goniométricas descriptivas en función del movimiento del hombro ($N=15$)

Movimiento del hombro	X	DE	Mín.	Máx.	AAOS
Flexión Der.	179.7	4.8	165	190	180
Flexión Izq.	179.0	4.7	170	190	180
Extensión Der.	74.0	5.1	70	85	60
Extensión Izq.	71.0	4.3	65	80	60
Abducción Der.	175.0	15.8	120	185	180
Abducción Izq.	171.3	22.7	95	185	180
Rotación Int. Der.	71.3	9.4	60	85	70
Rotación Int. Izq.	69.7	10.4	45	80	70
Rotación Ext. Der.	88.7	3.5	80	90	90
Rotación Ext. Izq.	88.7	3.52	80	90	90

Nota. Der: derecha; Izq.: izquierda; Int.: interna; Ext.: externa.

Discusión

Este estudio, por su aplicación en el ámbito del BSR, específicamente en jugadores de BSR que forman parte de la selección nacional Sub 22 cobra gran relevancia, ya que proporciona información de la condición de salud en el marco de la preparación y tecnificación en este deporte, valorando de manera específica la relación entre dolor de hombro y el rango articular, y como aquel puede afectar tanto en las actividades cotidianas como en las acciones del juego.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia la aparición de dolor de hombro en el 20% de la muestra estudiada en las transferencias, AVD y GD, lo que es claramente un indicador de que 1 de cada 5 jugadores analizados entrena con dolor en el momento del estudio, si bien es un dato menor a los reportados en otros estudios (Ballinger, Rintala y Hart, 2000; Curtis et al., 1999; García-Gómez y Pérez-Tejero, 2016;

Pérez-Tejero, Rossignoli y Martínez-Sinovas, 2006), algo que podría explicarse por la juventud de la muestra aquí estudiada. En este estudio, existe una mayor proporción de jugadores de BSR que utilizan la silla solo para la práctica deportiva, lo cual contrasta con los datos de anteriores estudios (Pérez-Tejero, Martínez-Sinovas y Rossignoli, 2006).

En relación a la aparición de dolor, de acuerdo a factores relacionados a las actividades cotidianas y deportivas, podemos decir que en esta población las actividades referidas a los gestos deportivos fueron en las que más incidencia hubo de dolor. Esto podría explicarse a causa de las acciones repetidas propias del juego como lanzar a canasta, impulsar silla deportiva, realizar acciones de rebotes/pases y determinadas situaciones de juego (Pérez-Tejero, Martínez-Sinovas y Rossignoli, 2006) existiendo la posibilidad de generarse dolor de manera recurrente. En los datos relacionados con las transferencias y AVD, los jugadores presentaron dolor de hombro, pero en menor proporción a estudios previos. Por lo tanto, sería apropiado llevar un seguimiento de estas condiciones e implantar estrategias de trabajo que permitan la prevención de las lesiones del hombro (Nawoczenski, Ritter-Soronen, Wilson, Howe y Ludewig, 2006; Pérez-Tejero y Castellanos, 2009) así como el abordaje clínico desde un punto de vista multidisciplinario de salud. Según Fullerton et al., (2003), el dolor de hombro en deportistas que utilizan la silla de ruedas es menor en relación a los que no realizan deportes.

Las mediciones goniométricas proporcionan datos fiables en relación a las alteraciones músculoesqueléticas, constituyendo una herramienta útil para la evaluación de la amplitud articular (Kolber, 2012; Mullaney et al., 2010; Riddle et al., 1987). Tomando como referencia lo planteado, la presencia de dolor del hombro podría traducirse en una disminución del rango articular como resultado de una lesión, lo que podría ocasionar limitaciones funcionales que inciden en la movilidad durante la realización de las AVD (Ballinger et al., 2000) y acciones específicas del BSR. Al contrastar los datos referidos a los ítems del CVDH con las mediciones goniométricas, en la muestra estudiada, existió una correlación inversa y significativa en relación a los ítems relacionados con los GD (concretamente con la rotación externa del hombro derecho), mostrando la relación del dolor del hombro y el rango de movimiento en actividades como impulsar la silla, y realizar acciones de rebotes/pases, lo que indicaría que aquellos que tienen menos movilidad articular podrían presentar mayor dolor de hombro (Curtis et al., 1995b). De

acuerdo a Morrow et al., (2005) en los resultados de este estudio se registró una correlación de alta a muy alta en función a los datos referidos a la rotación externa y algunos gestos deportivos (impulsar la silla, y realizar acciones de rebotes/pases). Es de destacar que tomando como referencia los ítems relacionados con las actividades cotidianas y las transferencias, existió una correlación baja (Morrow et al., 2005), no estadísticamente significativa, en relación a la movilidad articular del hombro. En vista de que existe una mayor relación entre la percepción de dolor en las actividades propias del deporte y la movilidad articular, consideramos es importante tomar en cuenta la condición del hombro a la hora de implantar las estrategias propias del entrenamiento deportivo en el BSR.

Distintos autores explican la influencia del mecanismo de propulsión de la silla en el dolor del hombro (van der Woude et al., 2005; Vanlandewijck et al., 2001). Sin embargo, Jain et al., (2010) sugiere que el uso excesivo de la silla y una serie de factores tanto mecánicos como no mecánicos pueden influir en la aparición del dolor del hombro, indicando que el uso en sí de la silla no es necesariamente lo que precipita la aparición del dolor.

En los datos obtenidos se refleja la relación del dolor del hombro con la realización de la rotación externa en las actividades propias del juego. Sin embargo, de acuerdo con los estudios de Burnham, May, Nelson, Steadward y Reid (1993) y Curtis y Black (1999), el dolor del hombro podría resultar de la elevación del brazo, especialmente con abducción y rotación interna. Es importante considerar que la rotación interna podría influir en la realización de rebotes, ya que permite al jugador hacer cambios para buscar el balón (Wang, Chen, Limroongreungrat y Change, 2005). A partir de lo planteado se evidencia la necesidad de plantear la influencia de la movilidad del hombro (Eriks-Hoogland et al., 2011) en la práctica deportiva. Por lo cual podría ser útil la realización de controles de la condición clínica, que incluyan la valoración clínica del hombro.

En conclusión, y como se ha demostrado en este estudio, el dolor del hombro podría condicionar la movilidad articular del jugador de BSR durante el entrenamiento y la competición, incluso en edades de iniciación, por lo que es necesario su evaluación clínica y seguimiento con la finalidad de prevenir lesiones y afecciones crónicas en el ámbito deportivo. Éstas podrían incluso, con el tiempo, afectar al desenvolvimiento en otras actividades cotidianas. Por ello, es importante examinar la asociación diferencial

entre el dolor de hombro y el rango de movimiento en esta articulación más a fondo para determinar si existe o no una relación causal.

Agradecimientos

A la Federación Española de Deporte de Personas con Discapacidad Física (FEDDF), por apoyar la realización de esta investigación. Así como al cuerpo técnico de la selección española sub 22 de BSR y a los propios jugadores, por sus facilidades a la hora de realizar el estudio.

Referencias

- Arroyo-Aljaro, R., & González-Viejo, M. A. (2009). Validación al castellano del Wheelchair user Shoulder Pain Index (WUSPI). *Rehabilitación*, 43(1), 2-9.
- Ballinger, D. A., Rintala, D. H., & Hart, K. A. (2000). The relation of shoulder pain and range-of-motion problems to functional limitations, disability, and perceived health of men with spinal cord injury: a multifaceted longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1575-1581.
- Burnham, R. S., May, L., Nelson, E., Steadward, R., & Reid, D. C. (1993). Shoulder pain in wheelchair athletes. The role of muscle imbalance. *American Journal of Sports Medicine*, 21(2), 238-242.
- Crespo-Ruiz, B. M., Del Ama-Espinosa, A. J., & Gil-Agudo, A. M. (2011). Relation Between Kinematic Analysis of Wheelchair Propulsion and Wheelchair Functional Basketball Classification. *Adapted Physical Activity Quarterly* 28, 157-172.
- Curtis, K. A., & Black, K. (1999). Shoulder pain in female wheelchair basketball players. *Journal of Orthopedic Sports Physical Therapy*, 29(4), 225-231.
- Curtis, K. A., Drysdale, G. A., Lanza, R. D., Kolber, M., Vitolo, R. S., & West, R. (1999). Shoulder pain in wheelchair users with tetraplegia and paraplegia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(4), 453-457.
- Curtis, K. A., Roach, K. E., Applegate, E. B., Amar, T., Benbow, C. S., Genecco, T. D., & Gualano, J. (1995a). Development of the Wheelchair User's Shoulder Pain Index (WUSPI). *Paraplegia*, 33(5), 290-293.

- Curtis, K. A., Roach, K. E., Applegate, E. B., Amar, T., Benbow, C. S., Genecco, T. D., & Gualano, J. (1995b). Reliability and validity of the Wheelchair User's Shoulder Pain Index (WUSPI). *Paraplegia*, 33(10), 595-601.
- Eriks-Hoogland, I. E., de Groot, S., Post, M. W., & van der Woude, L. H. (2011). Correlation of shoulder range of motion limitations at discharge with limitations in activities and participation one year later in persons with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(3), 210-215.
- Finley, M. A., & Rodgers, M. M. (2004). Prevalence and identification of shoulder pathology in athletic and nonathletic wheelchair users with shoulder pain: A pilot study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(3B), 395-402.
- Font, M. (2004). *Baloncesto en Silla de Ruedas. Manual para el entrenador*. España: Consejo Superior de Deportes.
- Fullerton, H. D., Borckardt, J. J., & Alfano, A. P. (2003). Shoulder pain: a comparison of wheelchair athletes and nonathletic wheelchair users. *Journal of Medicine Science Sports Exercice*, 35(12), 1958-1961.
- García-Gómez, S., & Pérez-Tejero, J. (2016). Validity and Reliability of the Shoulder Pain Index for Wheelchair Basketball Players. *Submitted for publication*.
- Gil-Agudo, A., Del Alma Espinosa, A., & Crespo-Ruiz, B. (2010). Wheelchair Basketball Quantification *Physical Medicine Rehabilitation* 21, 141-156.
- Gragera Gama, J. (2011). *Wheelchair basketball injuries. A descriptive study*. Spain.
- International Wheelchair Basketball Federation (IWBF). (2014). *Official Player Clasification Manual*. Canada.
- Jain, N., Higgins, L. D., Katz, J. N., & Garshick, E. (2010). Association of Shoulder Pain With the Use of Mobility Devices in Persons With Chronic Spinal Cord Injury. *PM&R*, 2(10), 896-900.
- Kapandji, A. (2006). *Fisiología articular. Miembro superior*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Kolber, M. J., Fuller, C., Marshall, J., Wright, A., & Hanney, W. J. (2012). The reliability and concurrent validity of scapular plane shoulder elevation measurements using a

- digital inclinometer and goniometer. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(2), 161-168.
- Morrow, J. R., Jackson, A. W., Disch, J. G., & Mood, D. P. (2005). *Measurement and Evaluation in Human Performance*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mulroy, S. J., Gronley, J. K., Newsam, C. J., & Perry, J. (1996). Electromyographic activity chair propulsion of Shoulder Muscles During Wheelchair Propulsion by Paraplegic Persons. *Archive of Physical Medicine Rehabilitation*, 77, 187-193.
- Mullaney, M. J., McHugh, M. P., Johnson, C. P., & Tyler, T. F. (2010). Reliability of shoulder range of motion comparing a goniometer to a digital level. *Physiotherapy Theory Practice*, 26(5), 327-333.
- Nawoczenski, D. A., Ritter-Soronon, J. M., Wilson, C. M., Howe, B. A., & Ludewig, P. (2006). Clinical Trial of Exercise for Shoulder Pain in Chronic Spinal Injury. *Physical Therapy*, 86(12), 1604-1618.
- Norkin, C. C., & White, D. J. (2006). *Goniometría: evaluación de la movilidad articular*. Marbán.
- Pérez-Tejero, J. (2007). *Investigación aplicada propulsión en silla de ruedas deportiva*. Publicación presentada en la II Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado CIDA 2007 15 – 17 marzo Málaga, Spain.
- Pérez-Tejero, J. (2009). La preparación física en el baloncesto en silla de ruedas de alto nivel. En Javier Sampedro Molinuevo (Ed.), *Modelos de preparación física del baloncesto: una visión científica*. (pp. 108-119). Madrid: Cátedra Atos Origin.
- Pérez-Tejero, J., & Castellanos, S. (2009). Prevención del dolor de hombro y patologías asociadas en jugadores de baloncesto en silla de ruedas. En Javier Sampedro Molinuevo (Ed.), *Modelos de preparación física del baloncesto: una visión científica* (pp. 330-344.). Madrid, Spain: Cátedra Atos Origin.
- Pérez-Tejero, J., Martínez-Sinovas & Rossignoli, I. (2006). *Shoulder Pain in spanish wheelchair basketball players*. Paper presented at the 15th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine 45th National Congress of the Spanish Society of Physical and Rehabilitation Medicine. Spain.

- Pérez-Tejero, J. (2012). Baloncesto en silla de ruedas. En “*Deportistas sin adjetivos: el libro de la FEDDF*”. Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad Física, CSD, CPE: Madrid. Págs 303 – 353.
- Riddle, D. L., Rothstein, J. M., & Lamb, R. L. (1987). Goniometric Reliability in a Clinical Setting: Shoulder Measurements. *Physical Therapy*, 67, 668-673.
- Ruano Gil, D., Canals Imohr, M., Potau Ginès, J., Ruiz, J., Navarro, R. G., & Navarro, R. N. (2011). Biomecánica del hombro. *Análisis del movimiento en el Deporte* (pp. 161-165). Madrid, Spain. Wanceulen Editorial.
- Vanlandewijck, Y., Theisen, D., & Daly, D. (2001). Wheelchair Propulsion Biomechanics. *Sports Medicine*, 31(5), 339-367.
- Vij, M., Kataria, C., & Bansal, K. (2015). Hindi Translation and Psychometric Evaluation of The Wheelchair User’s Shoulder Pain Index. *Internacional Journal of Health Rehabilitation Science* 4(2), 73-83.
- Wang, Y. T., Chen, S., Limroongreungrat, W., & Change, L.-S. (2005). Contributions of Selected Fundamental Factors to Wheelchair Basketball Performance. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(1), 130-137.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects *JAMA*, 310(420), 2191.
- Yildirim, N. U., Comert, E., & Ozengin, N. (2010). Shoulder pain: a comparison of wheelchair basketball players with trunk control and without trunk control. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 23(2), 55-61.

TENSÃO PRÉ MENSTRUAL EM PRATICANTES DE FUTEBOL

Vilma Fernandes Carvalho¹, Danielli Braga de Mello^{2,5}, Antonio Alias³, Vanessa Freitas Jorge¹, Paulo Roberto Agrizzi Nacaratti¹, Guilherme Rosa^{4,5}, Érica Dias de Souza Borher¹

(¹) Universidade Salgado de Oliveira, Brasil; (²) Escola de Educação Física do Exército, Brasil; (³) Universidade de Almeria, Espanha; (⁴) Grupo de Pesquisas em Exercício Físico e Promoção da Saúde, Brasil; (⁵) Laboratório de Biociências da Motricidade Humana da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

vilmacarvalho@hotmail.com

Resumo

Ainda não existem estudos específicos que justifiquem de forma clara e objetiva os benefícios do exercício físico para a saúde mental em relação à Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM). O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o nível de atividade física e os sintomas da Tensão Pré-Menstrual em jogadoras de futebol de campo. A amostra foi composta de 15 atletas de futebol do América Futebol Clube de Belo Horizonte, Minas Gerais em período de treinamento para os campeonatos: Brasileiro - organizado pela CBF (Confederação Brasileira de Futebol) e Mineiro Cemil Feminino, pela Federação Mineira de Futebol (FMF) em 2015. Foram utilizados dois questionários: sócio econômico ABA – ABIMEPE (1997) e caracterização dos sintomas físicos e emocionais relacionados a TPM e taxa de atividade física por instrumento validado por Miragaya (2001). Na análise dos dados usou-se o teste de *Shapiro wilk* e o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para avaliar as associações entre as variáveis com nível de significância $p < 0,05$. Observou-se uma associação significativa entre os sintomas da TPM com a prática de atividade física: durante o período em que não estão no campeonato 60% das jogadoras têm os sintomas intensificados; e uma associação significativa entre os sintomas emocionais da TPM com o aumento na frequência de atividade física. Conclui-se que o aumento na frequência de atividade física está associado a prevalência dos sintomas emocionais da Tensão Pré-Menstrual nas atletas de futebol do América Futebol Clube de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Palavras-chave: Distúrbios menstruais, futebol, atletas.

Introdução

A Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) tem sido reconhecida como uma principal perturbação pois 40 milhões de mulheres no mundo sofrem dos sintomas da síndrome e mais de 5 milhões deles estão indo para tratamento médico para alterações mentais e comportamentais desta síndrome provoca (Samadi, Taghian, & Valiani, 2013).

Pesquisas epidemiológicas vem mostrando que a frequência da síndrome é elevada (80% -90%) e em que cerca de 5% das mulheres, os sintomas são tão graves que interferem com as relações pessoais ou sociais ou de trabalho, e em muitos casos que requerem tratamento farmacológico (Takeda, Imoto, Nagasawa, Muroya, & Shiina, 2015).

De forma generalizada, é constante a reclamação das mulheres em relação aos desconfortos do Ciclo Menstrual (CM) no seu meio social (Muramatsu, Vieira, Simões, Katayama, & Nakagawa, 2001). O CM varia ao longo da vida em três etapas: menarca, fase reativamente ativa e menopausa (Biassio, Matsudo, & Matsudo, 2004; Melegario, Simão, Vale, Batista, & Novaes, 2006; Simão, Maior, Nunes, Monteiro, & Chaves, 2007). As Etapas se definem, ao longo da vida, particularmente conforme a individualidade biológica de cada mulher, o que poderá interferir na periodicidade, intensidade e duração do CM.

A Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM), conhecida popularmente como Tensão Pré-Menstrual (TPM), é um conjunto de fatores que ocorrem no CM e que podem diminuir a qualidade de vida. É caracterizada por causar variações físicas, como cefaleia, palpitações e tremores; e psicológicas, como choro fácil, ansiedade e depressão, que ocorrem no período pré-menstrual (antes do sangramento), e melhoram logo após início da menstruação. Este processo pode causar problemas interpessoais, conflitos familiares e até baixa produtividade no trabalho (Brilhante et al., 2010; Muramatsu, et al., 2001; Oliveira et al., 2013).

Os sintomas clínicos e psicológicos mais comuns nesta síndrome incluem depressão, irritabilidade, cólicas abdominais, sensibilidade nas mamas, isolamento e redução da performance (Samadi, et al., 2013).

Ao longo do CM o corpo da mulher sofre variações que podem interferir diretamente no desempenho físico, devido a grande instabilidade hormonal que ocorre ao longo dos períodos pré-menstrual, menstrual e pós-menstrual. O exercício físico praticado

regularmente pode amenizar sintomas da STPM como, estresse emocional, sensação de aflição, retenção de líquido (David, Di Bella, Berenstein, Lopes, & Vaisberg, 2009).

A atividade física aparece como um minimizador dos sintomas da STPM, trazendo benefícios significativos à saúde física e mental da mulher, como redução de gordura corporal, aumento no consumo máximo de oxigênio, redução da exaustão entre outras. Isso ocorre devido às adaptações fisiológicas que o corpo sofre diante do “estresse” físico gerado pelo exercício físico (Ramos, 2009). Porém ainda não existem estudos específicos que justifiquem de forma clara e objetiva os benefícios do exercício físico para a saúde mental em relação à STPM (Gaion & Vieira, 2010).

Dados da Sociedade Brasileira de Medicina e Esporte (SBME) concluíram que a atividade física traz benefícios para ambos os sexos, porém as mulheres possuem algumas particularidades, como variação hormonal, composição corporal diferenciada, características do próprio gênero, e as respostas fisiológicas e orgânicas aos exercícios são diferentes do sexo masculino (David, et al., 2009; Ramos, 2009).

Em estudo realizado, mulheres que foram diagnosticadas com a síndrome possuíam um menor nível de atividade física. Em outra pesquisa pôde se observar que em um período de três meses de treinamento aeróbico, com oito mulheres previamente sedentárias, com uma rotina de atividade física de duas a quatro sessões e de 10 a 15 minutos de corrida por semana, apresentaram uma diminuição significativa na incidência dos sintomas da STPM (Teixeira, Oliveira, & Dias, 2013).

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o nível de atividade física e os Sintomas da Tensão Pré-Menstrual em jogadoras de futebol de campo.

Método

Amostra

Foi utilizada uma pesquisa descritiva transversal. A amostra foi composta de 15 atletas de futebol, do sexo feminino do América Futebol Clube de Belo Horizonte, Minas Gerais com idade entre 18 a 32 anos (24.07 ± 3.45 anos), em período de treinamento para os campeonatos Mineiro e Brasileiro de 2016.

Os critérios para a exclusão da amostra foram: não apresentar ciclo menstrual regular nos últimos três meses, não apresentar no mínimo um sintoma físico e um psicológico de Tensão Pré-Menstrual (TPM); estar submetida a tratamento hormonal; estar ausente do treino por lesão ou critério tático da equipe técnica.

Ética em Pesquisa

O presente trabalho atendeu às Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012 e a Declaração de Helsinki (W.M.A, 2008). O Termo de Participação Consentida Livre e Esclarecida foi assinado pelos voluntários ao estudo.

O estudo teve seu projeto de pesquisa submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura (ASOEC), aprovado sob o protocolo CAAE: 49441115.4.0000.5289.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO-BH), no laboratório de Fisiologia Humana do campus de Belo Horizonte.

Foi realizada anamnese para a descrição de dados pessoais, análise sócio econômico por meio de questionário ABA-ABIMEPE (1997); e caracterização dos sintomas físicos e emocionais relacionados a TPM e taxa de atividade física por meio de instrumento validado (Miragaya, 2001).

Tratamento Estatístico

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, distribuição de frequência em valores absolutos e relativos. Além disso, foi utilizado o teste de *Shapiro wilk* para análise da normalidade dos dados. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson () para análise da associação entre as variáveis discretas. O nível de significância adotado foi $p < .05$.

Resultados

As atletas analisadas apresentaram idade média de 24,07±3,45 anos, com tempo de prática de futebol mínimo de 1 ano e máximo de 20 anos. A tabela 01 apresenta os sintomas relacionados à variável deixar de fazer atividade física durante um mês (fora do período de competições).

Tabela 1: Frequência de atividade física e sintomas gerais da TPM

Mudanças na TPM	Frequência (F)	Percentual (%)		p-valor
Fica da mesma forma	5	33.3	6.400	0.041
Melhoram	0	0.0		
Pioram	9	60.0		
Não sei informar	1	6.7		

Legenda: : qui-quadrado; p-valor= .05

Foi observado uma associação significativa entre os sintomas da TPM com a prática de atividade física, onde 60% das atletas pioram ao interromper a prática regular da atividade física. A tabela 02 apresenta a associação entre sintomas emocionais da TPM e atividade física.

Tabela 2: Associação entre sintomas emocionais da TPM e atividade física

	Frequência		Duração		Intensidade	
	redução	aumento	redução	aumento	redução	aumento
Fica da mesma forma	4 (26.66)	5 (33.33)	8 (53.33)	5 (33.33)	6 (40.0)	4 (26.66)
Melhoram	1 (6.66)	8 (53.33)	1 (6.660)	7 (46.66)	3 (20.0)	6 (40.0)
Pioram	9 (60.0)	1 (6.660)	6 (40.0)	1 (6.660)	5 (33.33)	3 (20.0)
Não sei informar	1 (6.66)	1 (6.66)	0 (0.0)	2 (13.33)	1 (6.660)	2 (13.33)
	23.681	32.750	21.563	30.750	22.833	25.208
p-valor	0.309	0.049*	0.088	0.078	0.353	0.238

Legenda: : qui-quadrado; p-valor= .05; *: associação significativa.

Observou-se uma associação significativa entre os sintomas emocionais da TPM com o aumento na frequência na atividade física, onde 53,33% (p=0,049) apresentaram melhora significativa (p=0,049) com o aumento na frequência na atividade física. A tabela 3 apresenta a associação entre sintomas físicos da TPM e atividade física.

Tabela 03: Associação entre sintomas físicos da TPM e atividade física:

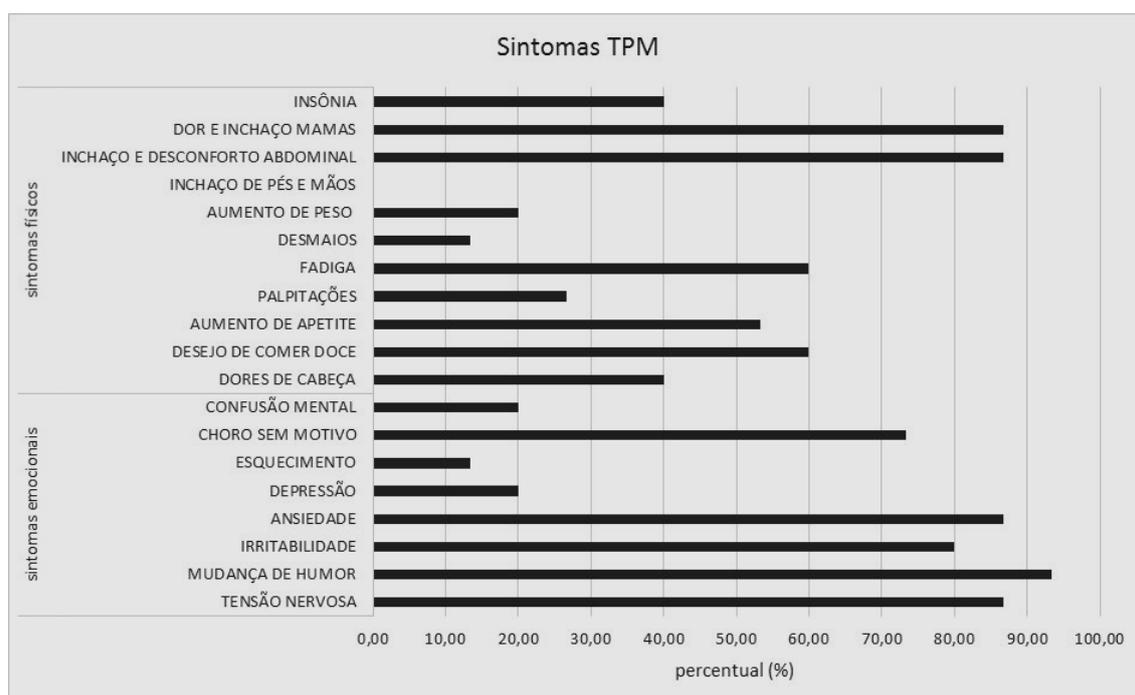
	Frequência		Duração		Intensidade	
	redução	aumento	redução	aumento	redução	aumento
Fica da mesma forma	4 (26.66)	5 (33.33)	8 (53.33)	5 (33.33)	6 (40.0)	4 (26.66)
Melhoram	1 (6.66)	8 (53.33)	1 (6.660)	7 (46.66)	3 (20.0)	6 (40.0)
Pioram	9 (60.0)	1 (6.660)	6 (40.0)	1 (6.660)	5 (33.33)	3 (20.0)
Não sei informar	1 (6.66)	1 (6.66)	0 (0.0)	2 (13.33)	1 (6.660)	2 (13.33)
	23.264	24.437	22.708	31.429	33.083	24.792
p-valor	0.504	0.437	0.122	0.142	0.102	0.417

Legenda: χ^2 : qui-quadrado; p-valor= .05.

Não foi observado associação significativa entre os sintomas físicos da TPM com a frequência, duração ou intensidade na atividade física. A figura a seguir demonstra a prevalência de sintomas emocionais e físicos da TPM.

Ao analisar cada sintoma individualmente, foram observadas as seguintes associações nos sintomas emocionais: confusão mental e aumento na frequência de atividade física ($\chi^2 = 8.864$; p= .031); choro sem motivo e aumento da intensidade da atividade física ($\chi^2 = 8.182$; p= .042); esquecimento e aumento na frequência de atividade física ($\chi^2 = 15.000$; p= .002); esquecimento e redução da duração da atividade física ($\chi^2 = 7.788$; p= .020); esquecimento e aumento da duração da atividade física ($\chi^2 = 10.673$; p= .014); depressão e aumento da duração da atividade física ($\chi^2 = 10.000$; p= .019); depressão e aumento da intensidade da atividade física ($\chi^2 = 10.313$; p= .016).

Figura 1: Prevalência de sintomas na TPM



Discussão

Considerando-se que, a idade das atletas neste estudo, média de 24.07, é relativamente baixa no que se refere à magnitude dos sintomas da TPM, que tornam-se mais intensos e graves, próximo à menopausa (Bedone, Maia, & Monteiro, 1995; Kopper, Manozzo, Pretto, Kopper, & Buchabqui, 1995; Miragaya, 2001). E ainda que, os sintomas físicos, neste grupo, não apresentam diferenças significativas quando a carga de exercício é aumentada pode-se observar que neste, caso, pelo menos fisicamente, a TPM não interfere no resultado do grupo.

Quando se considerou os fatores físicos e emocionais, que desencadeiam a STPM, podemos observar que, o nível de atividade física está relacionado com prevalência dos sintomas emocionais, sendo a mudança de humor; dor e inchaço das mamas; inchaço e desconforto abdominal; ansiedade e irritabilidade, os sintomas mais frequentes durante o período em que a atividade física diminui.

O presente estudo demonstrou que as atletas, fora do período de treinamento, ou seja, onde deixaram de realizar atividade física durante um mês, tiveram os sintomas da TPM piorados. E durante o período de treinamento apresentam uma melhora significativa dos sintomas emocionais da TPM com o aumento na frequência na atividade física.

O exercício físico vem sendo indicado com relativa facilidade por muitos clínicos e pesquisadores. Eles tendem a apontar a prática de atividade física como parte de tratamento de combate aos sintomas da TPM e então, como coadjuvante em tratamentos farmacológicos (Miragaya, 2001).

Em uma pesquisa pode-se observar que em um período de três meses de treinamento aeróbico, oito mulheres previamente sedentárias, com uma rotina de atividade física de duas a quatro sessões de 10 a 15 minutos de corrida por semana, apresentaram uma diminuição significativa na incidência dos sintomas da STPM (Prior, Vigna, Sciarretta, Alojado, & Schulzer, 1987).

Em estudo realizado por Teixeira et. al. apresentou que quanto maior o nível de atividade física menor a incidência da TPM, e neste caso, as mulheres que foram diagnosticadas com a síndrome possuíam um menor nível de atividade física. Porém, também foi identificado que 71% das atletas de handebol tiveram a prevalência da TPM e 48% de 57 atletas de 11 modalidades esportivas, levando a concluir que o exercício físico de forma exacerbada pode não ser um benefício para mulheres com TPM (Teixeira, et al., 2013).

O exercício físico praticado regularmente pode amenizar sintomas da TPM como, estresse emocional, sintoma de aflição, retenção de líquido, dor, redução do pico de estrona na urina e no nível de pregnanodiol, que tem relação direta com níveis de progesterona no organismo (David, et al., 2009).

Estudo feitos por David et. al. apresentaram que 67% das atletas nadadoras apresentavam a TPM, sendo os sintomas mais frequentes a irritabilidade (86.4%), mudança de humor (77.3%), cólicas (72.7%), choro fácil e tensão nervosa (63.6%), cólicas (72.7%), ansiedade (68.2%), compulsão alimentar e dores contínuas (59.1%), dor de cabeça e fadiga (54.5%), seios doloridos (45.5%), depressão (40.9%), insônia (38.1%), sensação de perda de controle (27.3%), confusão (22.7%), má coordenação e inchaço (18.2%). Ainda neste estudo, cerca de 59.1% das atletas incluíram outros sintomas como acne, oleosidade no cabelo, tontura, ânsia e euforia (David, et al., 2009).

Ainda há uma lacuna sobre quais as possíveis explicações dos benefícios do exercício físico para a saúde mental e os sintomas emocionais da TPM (Werneck, Bara Filho, & Ribeiro, 2005), mas é sabido que este apresenta um papel importante na redução

de certos transtornos de humor (Bodin & Martinsen, 2004; Gaion, Vieira, & Silva, 2009; Mello, Boscolo, Esteves, & Tufik, 2005).

No entanto, no quadro de treinos de futebol (periodicidade) das atletas do América Futebol Clube de Minas Gerais, fica evidente, que a sua duração e as paradas entre temporadas e campeonatos, são dependentes da disponibilidade das atletas, e até mesmo da carga de trabalho de cada uma delas, já que não são atletas exclusivas do futebol e possuem carga de trabalho paralela aos treinos.

Sabe-se que diversos fatores podem afetar a percepção das pessoas a respeito dos sintomas que acreditam possuir, daí a possibilidade de que alguns fatores possam ter influenciado a percepção da intensidade dos sintomas, por parte de alguns atletas, ocasionando uma percepção mais intensa desses sintomas no período do estudo (Campagne & Campagne, 2007; Rangé, 2001).

A partir desta análise, o estado de bem-estar geral do indivíduo, funciona como um filtro das experiências reais pelas quais passa, ampliando ou reduzindo o impacto delas (Dalgarrondo, 2009; Gazzaniga, Heatherton, & Veronese, 2005).

As atletas do presente estudo que apresentaram STPM relataram ter dificuldades durante o período pré-menstrual de manter o bem-estar e o controle emocional, tão importantes para o desempenho esportivo (Skinner & Brewer, 2004). Apresentar bem-estar geral antes de competição, principalmente estado de humor positivo, tem sido associado com ótimo desempenho em competições (Covassin & Pero, 2004; Vieira, Fernandes, Vieira, & Vissoci, 2008), por isso valores elevados de alteração total de humor no período pré-menstrual podem fazer com que as atletas com STPM percebam de uma maneira ainda mais negativa situações de dificuldade normais nas competições, deixando-se abater e desistindo facilmente (Gaion, et al., 2009).

Enquanto melhorias no humor têm sido associadas a intensidades moderadas, devido a maior liberação das serotoninas e endorfinas, grande volume ou alta intensidade de treinamento têm sido associados a prejuízos para a saúde mental. Alterações nos aspectos afetivos alterações de humor em atletas nadadoras apresentaram associação à quantidade de treinamento e manifestadas pelo aumento da fadiga (Peluso, 2003).

Conclusão

Pode-se concluir que o aumento na frequência na atividade física está associado a prevalência de sintomas emocionais da Tensão Pré-Menstrual das atletas de futebol do América Futebol Clube de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O aumento da atividade física está relacionado diretamente ao calendário das competições e dos campeonatos. Portanto, a equipe técnica deve estar atenta para que isto não influencie negativamente na performance e no resultado pretendido.

Referências

- Bedone, A., Maia, E., & Monteiro, I. (1995). Tensão pré-menstrual: resultados clínicos com 5 tipos de tratamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 17(3), 295-303.
- Biassio, L., Matsudo, S., & Matsudo, V. (2004). Impacto da menarca nas variáveis antropométricas e neuromotoras da aptidão física, analisado longitudinalmente. *Rev. bras. ciênc. mov*, 12(2), 97-101.
- Bodin, T., & Martinsen, E. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26(4), 623-633.
- Brilhante, A., Bilhar, A., Carvalho, C., Karbage, S., Pequeno Filho, E., & Rocha, E. (2010). Síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual: aspectos atuais. *Femina*, 38(7), 373-378.
- Campagne, D., & Campagne, G. (2007). The premenstrual syndrome revisited. *European Journal of obstetrics & Gynecology and reproductive biology*, 130(1), 4-17.
- Covassin, T., & Pero, S. (2004). The relationship between self-confidence, mood state, and anxiety among collegiate tennis players. *Journal of Sport Behavior*, 27(3), 230-242.
- Dalgalarondo, P. (2009). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- David, A., Di Bella, Z., Berenstein, E., Lopes, A., & Vaisberg, M. (2009). Incidência da síndrome pré-menstrual na prática de esportes. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 15(5), 330-333.
- Gaion, P., & Vieira, L. (2010). Prevalence of premenstrual syndrome in athletes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16(1), 24-28.
- Gaion, P., Vieira, L., & Silva, C. (2009). Síndrome pré-menstrual e percepção de impacto no desempenho esportivo de atletas brasileiras de futsal. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 11(1), 73-80.
- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Veronese, M. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Kopper, C., Manozzo, L., Pretto, A., Kopper, C., & Buchabqui, J. (1995). Atualização no tratamento da tensão pré-menstrual. *Femina*, 23(10), 931-934.
- Melegario, S., Simão, R., Vale, R., Batista, L., & Novaes, J. (2006). A influência do ciclo menstrual na flexibilidade em praticantes de ginástica de academia. *Rev Bras Med Esporte*, 12(3), 125-128.
- Mello, M., Boscolo, R., Esteves, A., & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 203-207.
- Miragaya, A. (2001). *Relação Entre Atividade Física Sistemática e Tensão Pré-Menstrual em Mulheres Não-Aletas De 18 a 50 Anos*. Mestrado, UGF, Rio de Janeiro.
- Muramatsu, C., Vieira, O., Simões, C., Katayama, D., & Nakagawa, F. (2001). Conseqüências da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*, 35(3), 205-213.
- Oliveira, D., Bicalho, A., Davis, L., Davis, P., Brito, D., & Santos, L. (2013). Síndrome pré-menstrual e aspectos relacionados à antropometria e ao comportamento alimentar. *O mundo da saúde*, 37(4), 280-287.
- Peluso, M. (2003). *Alterações de humor associadas a atividade física intensa*. Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Prior, J., Vigna, Y., Sciarretta, D., Alojado, N., & Schulzer, M. (1987). Conditioning exercise decreases premenstrual symptoms: a prospective, controlled 6-month trial. *Fertility and Sterility*, 47(3), 402-408.

- Ramos, M. (2009). *A influência da atividade física aeróbia e de força muscular na síndrome pré-menstrual*. Bacharel em Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. , Campinas.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Samadi, Z., Taghian, F., & Valiani, M. (2013). The effects of 8 weeks of regular aerobic exercise on the symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(1), 14-19.
- Simão, R., Maior, A., Nunes, A., Monteiro, L., & Chaves, C. (2007). Variações na força muscular de membros superior e inferior nas diferentes fases do ciclo menstrual. *R Bras Ci e Mov*, 15, 47-52.
- Skinner, N., & Brewer, N. (2004). Adaptive approaches to competition: Challenge appraisals and positive emotion. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2), 283-305.
- Takeda, T., Imoto, Y., Nagasawa, H., Muroya, M., & Shiina, M. (2015). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese collegiate athletes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 215-218.
- Teixeira, A., Oliveira, É., & Dias, M. (2013). Relação entre o nível de atividade física e a incidência da síndrome pré-menstrual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 35(5), 210-214.
- Vieira, L., Fernandes, S., Vieira, J., & Vissoci, J. (2008). Estado de humor e desempenho motor: um estudo com atletas de voleibol de alto rendimento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 10(1), 62-68.
- W.M.A. (2008). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *59th WMA General Assembly, Seoul*.
- Werneck, F., Bara Filho, M., & Ribeiro, L. (2005). Mecanismos de melhoria do humor após o exercício: Revisitando a hipótese das endorfinas. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13(2), 135-144.

Bloque IV

ACTIVIDAD FÍSICO DEPORTIVA A LO LARGO DEL CICLO VITAL

ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

Rodrigo Gomes de Souza Vale^{1,2,3}; Danielli Braga de Mello⁴; Antonio Alias⁵

⁽¹⁾ *Laboratório de Biociências da Motricidade Humana, Rio de Janeiro, Brasil;*
⁽²⁾ *Laboratório de Fisiologia do Exercício (LAFIEX), Universidade Estácio de Sá, Cabo Frio, Rio de Janeiro, Brasil;* ⁽³⁾ *Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD), Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte (PPGCEE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil;* ⁽⁴⁾ *Escola de Educação Física do Exército (EsEFEx/EB/RJ/Brasil);* ⁽⁵⁾ *Universidad de Almería, España*

rodrigovale@globo.com

Introdução

A dicotomia da velhice é objeto de discussões desde a história antiga até os dias atuais, pois ora é tida como símbolo de sabedoria e admiração, ora como de incapacidade. Este estudo teve por objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a atividade física, qualidade de vida e promoção da saúde no envelhecimento.

Os indivíduos tornam-se mais heterogêneos e vulneráveis quando envelhecem, e a expectativa de vida do idoso pode ficar comprometida, pois a incapacidade funcional passa a ser evidenciada. Além disso, a condição financeira e a qualidade de vida podem ser negativamente afetadas simultaneamente ao declínio da habilidade para trabalhar, isto é, deixar de ser produtivo, e participar de atividades sociais e de lazer (Vale, Pernambuco, & Dantas, 2016).

Sobre esta perspectiva, os órgãos de saúde pública compreendem o envelhecimento como um fenômeno social preocupante. Pois o segmento de crescimento mais rápido da população idosa no mundo estará morando, até 2020, em países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil (Pu & Nelson, 2001).

O envelhecimento acentuado da população tem sido prevalente nos países em desenvolvimento. Todavia a grande situação problemática é a carência dos serviços de

saúde nestes países. Conforme projeções do *U. S. Bureau of the Census* (2003), essa proporção é projetada para aumentar, em aproximadamente até 75%, no ano 2020, o que é causa de maior preocupação para o governo, para as instituições científicas e para as entidades não governamentais, pois as fontes para suporte de saúde nestes países são mais limitadas. Isso pode afetar significativamente os níveis de qualidade de vida dos idosos.

Quando se resgata o termo velhice, observa-se que historicamente, a velhice foi objeto de discussões e controvérsias, pois para uns era tida como desgraça, enquanto para outros, era elevada e enobrecida, símbolo de sabedoria e paciência (R. Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002).

A utilidade da motricidade humana, o corpo e a velhice se apresentavam com uma relação estreita, ou seja, o corpo, em plena forma física era útil sobre todas as funções, enquanto que na idade avançada o mesmo corpo não respondia mais com a mesma eficiência, tornando-se ultrapassado, obsoleto e, portanto, inútil, não sendo considerado como símbolo de saúde (Vargas, 1995).

Na Grécia Antiga duas divindades estabeleciam os conceitos de saúde: *Hygeia*, que simbolizava saúde como o descobrimento de como viver em perfeita integração com as leis da natureza e do meio ambiente e, *Asclepius*, que representava a saúde pela intervenção do homem, tentando evitar doenças (Dantas, 1997).

Nesta fase existiam duas correntes divergentes que representavam muito bem à dicotomia da velhice, a de Aristóteles que via a velhice como decadência, e a de Platão que a considerava como o apogeu (Meirelles, 2000).

A Idade Média também não modificou as duas vertentes relacionadas ao idoso, pois eles eram excluídos da vida pública e os jovens conduziam o mundo (L. Santos, Oliveira, Barbosa, Nunes, & Brasil, 2015).

Na Idade Moderna, com a ascensão da burguesia, o velho passa a ganhar um maior espaço para existir. Vai adquirir uma importância particular, porque encarnará a unidade e a permanência da família, através dos bens acumulados, pois é o tempo do individualismo burguês que forma a base do capitalismo (Meirelles, 2000).

Contemporaneamente, os idosos ainda vivem seu eterno conflito sociocultural: por um lado, enaltecidos pela visão platônica, e por outro, massacrados e desprezados como na visão aristotélica (R. Santos, et al., 2002).

Com esta dualidade retorna-se então a Grécia, berço do pensamento ocidental, quando Epicuro (341-270 a.C.) proferiu “teu compromisso é com tua felicidade”. A antítese a esta ideia fortaleceu ensinamentos embasados nas formulações da ética judaico-cristã, que em uma nova cosmovisão viria a tornar-se a mais importante influência na elaboração da escala de valores do mundo ocidental. O advento do Catolicismo revolucionou o posicionamento e a atitude com que o homem no ocidente enfrentava a vida, ao lhe determinar comportamentos rígidos e ascéticos e ao relegar o corpo a um plano secundário (Dantas, Mello, & Aragão, 2003).

Este posicionamento predominou sobre séculos, e só foi parcialmente contestado pela Reforma Protestante, que deslocou a conquista do prazer de um plano metafísico para a rigidez do comportamento adequado e do trabalho árduo ao longo da vida terrena, em particular no Calvinismo e no Puritanismo (Dantas, et al., 2003).

Na conferência de Alma-Ata (1978) formulou-se uma proposta de saúde para todos no ano 2000. Esta consistiu, entre outros objetivos, de melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial através de estratégias de promoção e proteção da saúde envolvendo outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. No relatório Lalonde, o padrão assistencial tradicional caracterizava o campo da saúde, incluindo componentes de biologia humana, ambiente e hábitos de vida (Buss, 2000). Nota-se aqui indícios de mudanças sobre a valorização da atividade física voltada para um corpo saudável. Desse modo a mudança de um estilo de vida sedentário para um estilo de vida ativo passa a ser uma estratégia de promoção da saúde.

A carta de Ottawa (1986) evidencia a inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis. A participação e responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e uma melhor qualidade de vida com ênfase em ambientes saudáveis e equidade já mostrava uma tendência a novos conceitos de saúde enquanto qualidade de vida.

A partir desta declaração, novas conferências internacionais foram realizadas como: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997), conforme

dados da WHO (1997). Em todas elas os objetivos da promoção da saúde foram reconhecidos, acatados e desdobrados para reformular o paradigma da promoção da saúde (Lima et al., 2004).

Nessa trajetória, o conceito de qualidade de vida que, inicialmente não levava em conta fatores sociais e econômicos, pôde evoluir concomitantemente com a promoção da saúde. Dessa forma a promoção da saúde propiciou um significado mais amplo da qualidade de vida. Tornou-se mais do que uma idéia de senso comum, de um programa ideológico, da relação imagem-objetivo. Assim a promoção da saúde veio nortear o sentido verdadeiramente positivo de qualidade de vida (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Devido à proposição desses novos conceitos, a Organização Panamericana da Saúde, em 2003, elaborou uma estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. O objetivo foi de minimizar os riscos de se contrair doenças, reduzir os custos médicos, prevenir doenças crônicas, porém com uma visão de que a atividade física é um problema social e não apenas individual. Exige enfoques baseados em população, multisetoriais, multidisciplinares e culturalmente relevantes, considerando-se como um direito de todo cidadão (OPAS, 2003).

Baseado nisto, pode-se traçar um paralelo com a promoção da saúde. O Relatório Lalonde aponta a produção de um modelo que inter-relaciona o fenômeno saúde/doença, tais como, ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde. A partir da Carta de Ottawa, a aplicação da ideologia do “empowerment”, como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, pode proporcionar em “apoderamento”, no sentido de emancipação e aumento da autonomia das pessoas (Carvalho, 2004). Então, conclui-se que a atividade física, em função dos seus benefícios gerais, pode gerar uma modificação no estilo e na qualidade de vida.

Autonomia no envelhecimento

O processo de envelhecimento varia bastante entre as pessoas e é influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos (Nieman, 1999). Nesse processo, a autonomia funcional, ou também conhecida como capacidade funcional, mostra-se um dos

conceitos mais relevantes em relação à saúde, aptidão física e qualidade de vida (Matsudo, 2009).

Desde as épocas mais remotas a velhice tem sido confundida com doença, processo degenerativo, oposto a qualquer espécie de desenvolvimento ou progresso – tempo de declínio e decadência, teoria adotada pela medicina, biologia e psicologia (Papaleo Netto, 1997).

Há uma tentativa de controlar a programação biológica do corpo naquilo que ela representa de impedimento à longevidade, impedimento de liberdade pela necessária situação no tempo e no espaço.

Um efeito conhecido do avanço da idade é a gradual redução das funções musculares, logo do desempenho das atividades da vida diária (AVD). No entanto, indivíduos bem idosos podem se beneficiar dos exercícios aumentando não só a resistência e a força muscular, mas também o equilíbrio e a mobilidade (ACSM, 2010; Fleck & Júnior, 2003; Matsudo, 2009; Vale, et al., 2016).

As limitações vivenciadas pelas perdas orgânicas relacionadas ao envelhecimento abalam a segurança e a autoestima, afetando de forma negativa a autoimagem. A atividade corporal representa para o idoso um elemento importante para aquisição e/ou manutenção da autonomia e o apoio positivo da autoimagem (Centurião Filho, 1998).

Um estilo de vida ativo favorece a manutenção do desempenho das AVD no envelhecimento. Assim, idosos ativos parecem ser mais felizes por se manterem independentes (Vale, et al., 2016).

As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. Dessa maneira a promoção da saúde pode ser um enfoque eficaz para a obtenção de maior equidade em saúde, aplicando-se então, as cinco estratégias formuladas na carta de Ottawa: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de meio ambientes que protejam a saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (Buss, 2000).

Para o American College of Sports Medicine (ACSM, 2010) a aptidão muscular pode tornar possível à realização das atividades da vida diária com menos esforço e

prolongar a independência funcional por permitir viver os últimos anos de uma maneira autossuficiente e dignificada.

Um sistema musculoesquelético adequadamente funcional pode ser uma das chaves para a manutenção da capacidade funcional, da independência e da qualidade de vida. Uma capacidade funcional prejudicada e doenças degenerativas do sistema musculoesquelético são, predominantemente, as maiores fontes de morbidade, sofrimento e institucionalização na maturidade (Vuori, 1995).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) acrescenta que, ao se adotar um estilo de vida saudável, com a inclusão de alguns hábitos como caminhar, andar de bicicleta, dançar ou praticar algum esporte, pode-se alcançar os benefícios da vida ativa, conforme relacionado no quadro 1.

QUADRO 1: Benefícios da vida ativa

FATOR
<ul style="list-style-type: none">• Reduz o risco de morrer prematuramente.• Reduz o risco de morrer por doença ou ataque cardíaco, que são responsáveis por um terço de todas as mortes.• Reduz em 50% o risco de desenvolver doença cardíaca e câncer de cólon.• Reduz em 50% o risco de desenvolver diabetes do tipo II.• Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão arterial, que afeta um quinto da população adulta do mundo.• Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose em mulheres, reduzindo em 50% o risco de fratura de quadril.• Reduz o risco de desenvolver dores lombares.• Promove bem-estar psicológico, reduz o estresse, a ansiedade e a sensação de depressão e a solidão.• Ajuda a prevenir ou controlar riscos de conduta, especialmente em crianças e jovens, como o fumo, o álcool ou o uso de outra substância, a dieta insalubre ou a violência.• Ajuda a controlar o peso e diminuir o risco de tornar-se obeso em 50%, comparada com pessoas com estilo de vida sedentário.• Ajuda a construir e manter ossos saudáveis, músculos e articulações e melhora o vigor de pessoas com incapacidades crônicas.• Pode auxiliar na condução de estados dolorosos, como dores lombares e nos joelhos.

Fonte: (WHO, 2002).

No entanto, Matsudo relata que os motivos que levam um idoso a praticar atividade física regular em ordem de prioridade são: orientação médica, influência de amigos e familiares, procura por companhia e influência de colegas de trabalho (Matsudo, 2009).

Qualidade de vida e atividade física no envelhecimento

O sonho do elixir da vida e da fonte da juventude é muito antigo, mas o ponto de vista científico, ou pseudocientífico, trouxe novas evidências ao envelhecimento (Elias, 2001). Os avanços tecnológicos e científicos decorrentes da Revolução Industrial proporcionaram, por meio de ações urbanísticas e sanitárias, aliadas aos avanços da medicina e a redução da taxa de mortalidade mundial através do controle de doenças trouxe a melhoria na qualidade de vida e aumento na longevidade (Furtado, 1996).

Entretanto, o combate ao sedentarismo não pode ficar limitado ao simples campo do movimento, pois o idoso necessita de uma integração maior inserida no seu contexto social. Melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) são importantes medidas coadjuvantes para alcançar a qualidade de vida desejável (Buss, 2000).

Associar o conceito de expectativa de vida útil, ativa, produtiva, com bem-estar é uma tarefa difícil, pois o aumento da expectativa de vida deve estar associado ao conceito de “qualidade de vida” (Dantas, et al., 2003) que, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Qualidade de vida pode ser considerada como resultante de um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais. Estes caracterizam as condições em que vive o ser humano, uma comunidade ou uma nação (Nahas, 2001).

Questões biológicas, cronológicas, socioeconômicas, culturais, políticas e demográficas são fatores que contextualizam as condições de vida e o envelhecimento (Gubiani, 2000) e a inter-relação destes pode acarretar em retardo ou rapidez deste processo (Furtado, 1996).

Para entender a qualidade de vida sob o ponto de vista holístico é necessário compreender o impacto das seis dimensões de bem-estar para indivíduos idosos: física, emocional, intelectual, espiritual, social e vocacional (Armbruster & Gladwin, 2001). Na perspectiva holística, a saúde é considerada como uma condição humana, com polos positivo e negativo (Nahas, 2001).

O sucesso da prática de atividade física pode gerar aumento da qualidade de vida. Este possibilita alterações nas expectativas da vida do idoso, visto que a modificação das carências e dos valores é um dos principais fatores que caracterizam o envelhecimento (Dantas, et al., 2003).

Buscando conhecer os motivos que levam o idoso à prática de uma atividade física sistemática e orientada, Dantas obteve o seguinte resultado: 1º) ocupação do tempo livre com atividade saudável; 2º) possibilidade de convivência e socialização; 3º) sentir-se participante e produtivo; 4º) prevenir patologias e manter a saúde; 5º) retardar o envelhecimento e 6º) buscar uma melhor estética corporal (Dantas, 1997).

Quando as aspirações e necessidades básicas do homem são respeitadas, oferecem-se meios ao acesso à educação, à habitação e ao salário, à saúde, à aptidão física e à melhor qualidade de vida. Esta qualidade, que tanto se luta por ter, está atrelada à Educação, pois somente ela ajuda a evitar doenças, determina o estilo e os hábitos de vida e representa o caminho mais seguro para a ascensão social, por meio de novas perspectivas e oportunidades (Dantas, et al., 2003).

Nessa perspectiva, a carta de Ottawa introduz o conceito de promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Buss, 2000). Dessa maneira a promoção da saúde pode implementar políticas públicas que assegurem as necessidades e aspirações dos cidadãos.

A ideia moderna de políticas públicas saudáveis envolve o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor de administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de

vida “vívuda”, ampliando também a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar (Buss, 2000).

Sendo assim, o sucesso da saúde pública deve conter características importantes. Entre elas destacam-se uma alta expectativa de vida, um extenso sistema de serviços médicos e de saúde, ter saúde como um tema dominante no discurso social e político e ter saúde como o maior objetivo pessoal na vida (Kickbusch, 2004).

Considerações Finais

Prevenir ou minimizar o surgimento de fatores que possam proporcionar o desenvolvimento precoce de distúrbios de saúde, prolongando os fatores saudáveis e que proporcionam independência de vida estão relacionados diretamente a um estilo de vida mais ativo.

E para isto, não se faz necessária à adoção de programas de exercícios vigorosos e padronizados, mas pequenas modificações que aumentem a atividade física diária, permitindo ao indivíduo idoso perceber o verdadeiro significado do “empowerment” para uma vida melhor.

Referências

- ACSM. (2010). *American College of Sports Medicine. Guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lippincott.
- Armbruster, B., & Gladwin, L. (2001). More Than Fitness for Older Adults: A "Whole-istic" Approach to Wellness. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 5(2), 6-12.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.
- Centurião Filho, A. (1998). A atividade física para o idoso como promoção de autonomia e formação de auto-imagem. *Cad. Adulto*, 2, 85-90.

- Dantas, E. (1997). *Fitness: a ecologia do corpo*. Concurso para professor titular, Universidade Federal Fluminense, Niteroi.
- Dantas, E., Mello, D., & Aragão, J. (2003). Fitness, saúde e qualidade de vida. In J. Novaes & J. Vianna (Eds.), *Personal training e condicionamento físico em academia* (Vol. 2). Rio de Janeiro:: Shape.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos—seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Fleck, S., & Júnior, A. (2003). *Treinamento de força para fitness & saúde*. São Paulo: Phorte.
- Furtado, E. (1996). *Sentido da atividade física na terceira idade*. Mestrado, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.
- Gubiani, G. (2000). Envelhecer com qualidade. *Caderno Adulto - Santa Maria*, 4, 233-238.
- Kickbusch, I. (2004). *The end of public health as we know it: constructing global health in the 21st century*. Paper presented at the 10th International Congress on Public Health (WFPHA) Brighton, UK.(Mimeo).
- Lima, V., Campos, N., Arruda, J., Barros, C., Tavares, M., Meyer, M., & Zandonadi, R. (2004). Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 679-696.
- Matsudo, S. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*(47), 76-79.
- Meirelles, M. (2000). *Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistêmica*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Nahas, M. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Nieman, D. (1999). *Exercício e saúde*. São Paulo: Manole.

- OPAS. (2003). (Organización Panamericana da Saúde). Doenças crônicas-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília.
- Papaleo Netto, A. (1997). *Gerontologia básica*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pu, C., & Nelson, M. (2001). Envelhecimento, função e exercício. In W. Frontera, D. Dawson & D. Slovik (Eds.), *Exercício físico e reabilitação*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, L., Oliveira, L., Barbosa, M., Nunes, D., & Brasil, V. (2015). Quality of life of elderly who participate in group health promotion. *Enfermería Global* (40), 23-32.
- Santos, R., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Vale, R., Pernambuco, C., & Dantas, E. (2016). *Manual de avaliação do idoso*. São Paulo: Ícone.
- Vargas, A. (1995). *Desporto: fenômeno social*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Vuori, I. (1995). Exercise and physical health: musculoskeletal health and functional capabilities. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 276-285.
- WHO. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties (Vol. 46, pp. 1569-1585): Social science & medicine.
- WHO. (2002). World Health Organization. Active ageing: A policy framework. <http://www.who.int/hpr/ageing>.

BENEFICIOS DEL MÉTODO MONTESSORI EN EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD EN INFANTES

Ana Manzano León, José Manuel Aguilar Parra, Remedios López-Liria.

Universidad de Almería

manzleon@gmail.com

Resumen

Este trabajo plantea un análisis de los principales rasgos que caracterizan el método Montessori, considerado de gran calidad actualmente. Se destaca que el método Montessori busca un desarrollo armónico, orgánico y espiritual de su alumnado, considerando necesaria la erradicación de la disciplina de la inmovilidad, la atención forzada y los castigos, por lo que se realiza un importante fomento de la psicomotricidad.

Palabras clave: Montessori, autonomía, motivación, desarrollo psicomotriz

Objetivos

Identificar los aspectos más relevantes de la Pedagogía Científica de María Montessori.

Identificar las aproximaciones teóricas elaboradas sobre el método Montessori.

Conocer las aproximaciones metodológicas al estudio del método Montessori actualmente.

Desarrollo del tema

María Montessori promovió un modelo educativo basado en la experiencia, en el uso de diferentes materiales manipulativos y en las relaciones entre iguales (Mahendra, Hopper, Bayles, Azuma, Cleary and Kim, 2006). Numerosos autores actuales como Celina y González (2012) y Cabeza (2011) consideran necesario la importancia de la individualización de la enseñanza, así como los intereses que de ésta se originan, motivaciones, etc. Pero para que la actividad cognitiva este realmente adaptada al contexto educativo hay que tener presentes los grandes principios de la escuela nueva (Ortiz 2000):

- La **individualización**: que supone adaptar la educación a la posibilidades, necesidades e intereses cognitivos, afectivos-sociales y psicomotrices de cada alumno, por lo que la educación debe proponer variedad de actividades que respondan a distintos ritmos de aprendizaje. (Bosna, 2014).
- La **intuición**: supone promover la captación de los objetos de conocimiento de forma sensible, bien directamente mediante la ejecución o contemplación de lo que otro hace, o bien indirectamente mediante fotografías, laminas, carteles, etc. (Schmidt, 2006).
- La **motivación**: constituye el grado de interés que el sujeto tiene por alcanzar una meta y que puede activarse con incentivos intelectuales, emocionales o sociales (Murrueta, 2007).

En este paradigma, heredero de los principios básicos de la escuela activa, cambian los roles del docente, que reduce al mínimo su papel como transmisor de información: presenta y contextualiza los temas, enfatiza en los aspectos más importantes o de difícil comprensión, destaca sus aplicaciones, motiva a los alumnos hacia su estudio, etc. Los estudiantes pueden acceder fácilmente por su cuenta a cualquier clase de información, de

manera que el docente pasa a ser un orientador de sus aprendizajes, proveedor y asesor de los recursos educativos más adecuados para cada situación, organizador de entornos de aprendizaje, tutor, consultor, etc. El docente se convierte en un mediador de los aprendizajes de los estudiantes (Tébar, 2003, p. 35). El alumnado trabaja colaborativamente en grupos y también con el profesorado con el objetivo de construir conocimiento.

Las principales características del método Montessori se detallan a continuación.

1. Conocimiento de la naturaleza y su entorno social

El método Montessori debe inspirarse en la liberación de la vida, contenida por infinitos obstáculos que se oponen a su desarrollo armónico, orgánico y espiritual. Para ello, es necesario erradicar la disciplina de la inmovilidad, la atención forzada del alumnado y los castigos (Narváez, 2006).

Imagínese lo que llegará a ser el espíritu del niño, condenado a crecer de modo tan artificioso y vicioso que sus huesos quedan deformados. Tenemos a los niños, en la escuela, comprimidos entre esos instrumentos degradantes del cuerpo y del espíritu que son los bancos, los premios y los castigos exteriores, a fin de tenerles sometidos a la disciplina de la inmovilidad y el silencio para conducirlo sin un propósito y finalidad determinados (Montessori, 1928, p. 15).

Todo programa educativo redactado a priori, sin conocer las necesidades del colectivo con el que se trabaje, tendrá con demasiada frecuencia carencias esenciales y no tendrá unos resultados con lo que se consiga un aprendizaje significativo (Batlle, 2010).

El método Montessori es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado en el que los participantes se forman al trabajar sobre necesidades reales del entorno con el objetivo de mejorarlo.

Lillard (2005) considera que para que la educación Montessori sea significativa, debe tener en cuenta los siguientes factores:

- **Movimiento y cognición:** Los niños y niñas pequeñas expresan sus pensamientos con movimientos de las manos, lo que la llevó a relacionar el movimiento y las sensaciones con el proceso del pensamiento y el desarrollo del conocimiento.
- **Libre elección:** Se entiende el desarrollo del niño y niña como un proceso a través del cual es crecientemente capaz de ser independiente en su entorno. La educación Montessori marca límites definidos dentro de los cuales los niños pueden ejercer la libre elección y tomar sus propias decisiones, por ejemplo, los niños eligen con que material quieren trabajar.
- **Interés:** Los niños y niñas aprenden mejor en contextos de interés, ya sea de preferencias personales o en contextos de interés creado por la guía o el entorno (interés situacional). Basándose en sus observaciones María Montessori creó materiales que responden al interés de los niños y niñas.
- **La recompensa es interna:** Según María Montessori, las recompensas externas son disruptivas a la concentración del niño/a. Los períodos de concentración intensa y sostenida son centrales en la educación Montessori. La repetición de una actividad una y otra vez en los niños de preescolar les permite un alto grado de concentración que es fundamental en su desarrollo.
- **Interacción social en el aula:** El aula Montessori es un aula integrada que agrupa a niños y niñas de distintas edades, agrupados en rangos que van desde los dos a tres años dependiendo de las capacidades y necesidades de los distintos centros educativos. Esta integración en rangos de edades ayuda a desarrollar la socialización y el liderazgo.
- **Aprendizaje en contexto:** En el aula Montessori los niños y niñas, en lugar de aprender de lo que dicen la maestra y los libros de texto, aprenden haciendo cosas, manipulando objetos e interactuando con el medio (aprendizaje cultural), es un aprendizaje activo y que toma como punto de partida el contexto (cultural, social, etc.) en el que crece y se desarrollan.
- **Orden en el ambiente y en la mente:** El aula Montessori es un ambiente muy organizado, física (en términos de distribución dentro del ambiente) y conceptualmente (la organización de los materiales). El aula se halla dividida en áreas

temáticas dentro de las cuales se exhiben los materiales de trabajo siguiendo un orden de complejidad. En el aula existe un solo ejemplar de cada material.

2. Ambiente, disciplina y libertad

Montessori considera el ambiente un elemento vital para que los niños y niñas puedan manifestar con libertad sus necesidades y aptitudes que permanecerían ocultas o reprimidas en ambientes inadecuados.

Como una alternativa a los modelos tradicionales de escuela, caracterizados por una educación frontal y jerárquica en 1907 María Montessori funda la primera “Casa del Bambini”, en la que comienza a desarrollar un método educativo, que mira al niño y niña desde un todo integral, modificando el rol del docente en el aprendizaje, transformándolo en un guía del proceso del niño y no un transmisor de conocimientos (Santos, 2013).

Este método es una forma distinta de ver la educación, en la cual el niño o niña pueda desarrollar todas sus potencialidades, a través de la interacción con un ambiente preparado, rico en materiales, infraestructura, afecto y respeto, en el cual el estudiantado tiene la posibilidad de seguir un proceso individual, guiado por profesionales especializados (Montessori, 1949). Es decir la escuela Montessori ve al estudiante como un todo integrado, desde sus valores, comportamientos y de igual forma potenciando su capacidad para generar aprendizaje, por ello no se define del logro en una asignatura en los resultados académicos del niño.

Al darse cuenta de la naturaleza absorbente de la mente del niño, ha preparado para él un ambiente especial, y después, colocando al niño en su seno, le ha dado la libertad para vivir en él, absorbiendo lo que encuentra allí (Montessori, 1928, p. 265).

Uno de los pilares del modelo de escuela Montessori es la autorregulación que generan los estudiantes de su propia actividad en torno al logro de aprendizajes, invitándolos desde pequeños a generar un ambiente de trabajo y respeto, además de ser quien determina el tiempo necesario según sus capacidades para lograr un determinado objetivo. Se invita a los niños a evaluar constantemente su actividad frente al desarrollo propuesto, promoviendo siempre la optimización del trabajo realizado, generando una capacidad de autocrítica y responsabilidad con su propia persona y con el resto que

conforman el grupo de trabajo. Grundy (1991) señala que este debe ser preparado bello, atractivo, que haya orden, equilibrio y armonía, que existan las actividades necesarias, acorde a la edad y necesidades de los niños. Lo anterior refleja de forma práctica como debe ha de ser el espacio de trabajo en el que se desarrollaran los procesos de aprendizaje, sin dejar la organización del salón al azar, pero sin llegar a transformarlo en un logar rígido que coarte la libertad de los estudiantes.

"El cuidado de la propia persona debe formar parte del entorno en el que vive el niño, el propio guía es la parte más vital de este mundo" (Montessori, 1928, p. 271).

De modo que se constituya en espacio dinámico, rico en interacciones con el ambiente y el entorno, capaz de estimular el interés y fortalecido por la autorregulación propia de cada estudiante.

El niño necesita no solamente conocer la naturaleza sino vivir naturalmente. El hecho más importante estriba cabalmente en librar todo lo posible al niño de los vínculos que le aislan en la vida artificial creada por la convivencia social (Montessori, 1928, p. 68).

Es necesario crear un lazo con la naturaleza a través de la interacción de los niños y niñas con la misma. Necesitamos estimularles para que den un servicio activo de cuidado a plantas y animales, y conozcan y exploren su belleza exterior.

Louv (2008) considera que, para los niños y niñas la naturaleza es un parque de atracciones, excelente medicina y aula de aprendizaje. El contacto con ella mejora la salud, la capacidad de atención, el desarrollo motor y cognitivo, la autonomía, la seguridad, la adquisición de valores...

3. Los niños ante los premios y los castigos

La ausencia de premios y castigos es una norma no sólo utilizada en la pedagogía Montessori, sino también en varios estilos de crianza respetuosa. La idea de no ofrecer premios o recompensas ni de aplicar castigos tiene como objetivo el favorecer la auto-motivación y la auto-disciplina en el niño; es decir, que el niño o niña haga bien las cosas por el mero hecho de hacerlas y por su propia satisfacción, en vez de hacerlo para conseguir un premio o evitar un castigo (Bartolomeis y Goñi, 1979).

En lugar de utilizar castigos utilizamos consecuencias, pero ¿cuál es la diferencia? El castigo es algo impuesto de manera externa, mientras que la consecuencia es algo que va asociado de manera natural al acto en cuestión. Por ejemplo: Si un niño se niega a recoger sus rotuladores después de dibujar podríamos decirle que se vaya a su cuarto y que no va a volver a utilizar sus rotuladores en dos días, eso sería un castigo que nosotros imponemos y que es arbitrario; o bien podríamos explicarle que si no recoge sus rotuladores y los deja destapados se secarán y ya no podrá volver a dibujar con ellos, eso sería una consecuencia directa de sus actos.

"El niño se interesa entonces por sus propias conquistas y se queda impasible ante tan pequeñas tentaciones externas que antes habrían estimulado irrestiblemente sus sentimientos interiores" (Montessori, 1928, p. 40).

Montessori rechaza la práctica escolar de los premios y de los castigos como técnicas de conducción y coerción de las conductas y de los comportamientos de los niños; considera que, por ejemplo, al forzarlos a mantener una determinada postura se impide el movimiento, pero esto no necesariamente disciplina. Para ella el libre movimiento se da como resultado de la relación con el trabajo escolar y con las actividades realizadas en el salón de clase durante tiempos establecidos y organizados, los cuales deben estar regidos según estrictas reglas de disciplina y obediencia. Por tanto, no se trata de rediseñar el pupitre, sino de pensar el método que se debe emplear en la evolución³ de la vida humana para alcanzar su perfección (Montessori, 1913, citado en Montero y Moreno, 2011).

Una educación por la paz, no somete al individuo, sino que lo libera, y para ello es necesario el desarrollo armónico de la personalidad. Se debe buscar las relaciones entre hombres libres e iguales, la socialización del individuo y su armoniosa colaboración con sus similares. En las clases montessorianas, los mayores ayudan a los pequeños y éstos admiran el trabajo de los mayores, todo en armonía. Como los grupos no son homogéneos, la imitación y el espíritu de rivalidad no tienen lugar. Al no haber recompensas ni castigos y poder elegir libremente el objeto de trabajo, el niño respeta el material y sabe comportarse con los demás. La concentración le lleva a un reencuentro calmado y sin agresividad con sus compañeros de trabajo en ejercicios colectivos (Yaglis, 2005, citado en Santos, 2013).

4. La lección del profesorado

Los docentes imparten las lecciones individualmente o en pequeños grupos abordando una amplia variedad de temas de acuerdo con los intereses del alumnado. Existen grupos donde todos los niños y niñas juntos observan temas de interés general. El respeto es mutuo en todo momento y no se aplican castigos sino consecuencias lógicas (Obregón, 2006).

El propósito básico de este método es liberar el potencial de cada niño y niña para que se auto desarrollen en un ambiente estructurado. El método nació de la idea de ayudar al niño y niña a obtener un desarrollo integral, para lograr un máximo grado en sus capacidades intelectuales, físicas y espirituales, trabajando sobre bases científicas en relación con el desarrollo físico y psíquico (Bernstein, 1985).

"La libre elección es la actividad más elevada: sólo el niño que conoce aquello que necesita para ejercitar y desarrollar su vida espiritual puede escoger libremente de verdad" (Montessori, 1949, p. 341)

María Montessori basó su método en el trabajo con ellos y en la colaboración adulto/niño, de ese modo, la escuela no es un lugar donde el docente transmite conocimientos, sino un lugar donde la inteligencia y la parte psíquica del niño se desarrollarán a través de un trabajo libre con material didáctico especializado.

Todo el material utilizado por Montessori, proporciona conocimiento de una manera sistemática, se fomenta un espacio organizado que mecanice el funcionamiento del trabajo. El ambiente generado por Montessori no incita la competitividad entre compañeros y compañeras, en cambio, se respeta y valora el logro individual del alumnado en su momento y ritmo oportuno (López, 2009).

El error, equivocación o falta, es considerado como parte del aprendizaje, por ello, no es castigado, resaltado o señalado, sino, valorado e integrado como una etapa del proceso. Se suele estimular a que el niño y niña haga siempre una autoevaluación (Montessori, 1949, p. 320)

El Método Montessori, es considerado como una educación para la vida y se sirve de los siguientes aspectos para lograrlo (Mendoza, 2008).

- Ayuda al desarrollo natural del ser humano.
- Fomenta la inteligencia intrapersonal e interpersonal en la infancia.
- Favorece en el niño y niña, la responsabilidad y el desarrollo de la autodisciplina, independencia y libertad, esta última como sinónimo de actividad, libertad para ser y pertenecer, para escoger, para instruir, para desarrollarse, para responder a las necesidades de su desarrollo. Libertad para desarrollar el propio control.
- Desarrolla en el niño la capacidad de participación para que sea aceptado.
- Guía al niño y niña en su formación espiritual e intelectual.
- Reconoce que las personas se construyen a sí mismas.

Conclusiones

Consideramos que las principales aportaciones del método Montessori respecto a la psicomotricidad son la gran variedad de objetos y actividades de manipulación sensorial y el fomento de la colaboración, empatía y ayuda.

Los niños y niñas, en lugar del docente, son el foco principal en las aulas Montessori. Uno de los resultados de mezclar edades es que el niño y la niña se concentran en su propio aprendizaje. Las dudas que puedan surgirle a un niño y una niña durante su trabajo, pueden ser atendidas, además del docente, por cualquiera de los compañeros y compañeras que ya han trabajado en esa tarea. El que pide ayuda gana en autonomía al buscar cómo y quién puede ayudarle a resolver su problema; el que ayuda, gana en seguridad al poder atender a un compañero o compañera y a su vez empatiza con él porque conoce también como pasó por la misma actividad y probablemente le surgieron los mismos problemas.

Los programas de María Montessori ponen especial énfasis en la primera etapa de la infancia, donde se aplican actividades auto-dirigidas y no-competitivas, que ayudan a los niños y niñas a desarrollar sus habilidades y a crear una imagen positiva de sí mismos, fuerte y confiada, para enfrentar los retos y cambios en su vida cotidiana, con

optimismo. No obstante, el énfasis en los primeros años se ha ampliado a medida que se descubren nuevas aplicaciones de su método, a prácticamente toda la escolaridad.

Está demostrado que el método Montessori permite a los niños y niñas aprender los contenidos curriculares y desarrollar de manera eficaz su psicomotricidad (Moreno, 2012). En la actualidad, existen miles de Centros Montessori alrededor del mundo, donde se imparte su ideología y metodología, pionera en su época, concretando existen unas 4000 escuelas Montessori sólo en los Estados Unidos y Canadá; y miles más alrededor del mundo: Europa, Sudamericana, Australia, Nueva Zelanda y gran parte de Asia.

Referencias

- Battle, R. (2010). *Organizaciones sociales y aprendizaje-servicio*. Recuperado de: http://www.uhu.es/cine.educacion/figuraspedagogia/0_montessori.htm
- Bernstein, B. (1985). Clasificación y enmarcamiento del conocimiento educativo. *Revista Colombiana de Educación*, 15, 45-71.
- Bosna, V. (2014). Maria Montessori uno sguardo diverso sull'infanzia. *Foro de Educación*, 13(18), 37-50. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2015.013.018.002>
- Celina, M. y González, C. (2012). ¿Está Montessori obsoleta hoy?: A la búsqueda del Montessori posible. *Rev. Rupturas* 2(1), 58-117.
- Cabeza, A. (2011). *Individualización del proceso de enseñanza-aprendizaje*. Recuperado en: http://issuu.com/guiamundieduca/docs/pedagog_a_magna_n_mero_11
- Grundy, S. (1991). *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Morata.
- Lillard, A. (2005). *Montessori, The science behind the genius*. Nueva York: Universidad de Oxford,
- López, G. (2009): *Los rincones en el aula*. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_22/GLORIA_LOPEZ_FERNANDEZ01.pdf
- Louv, R. (2008). *Last child in the Woods. Saving our children from Nature-Deficit Disorder*. North Carolina: Chapel Hill.

- Mahendra, N., Hopper, T., Bayles, K., Azuma, T. y Kim, E. (2006). Evidence-based practice recommendations for working with individuals with demetia: Montessori-based interventions. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14 (1), 15-25.
- Mendoza, A. (2008). *La evaluación docente en la pedagogía Montessori: propuesta de un instrumento*. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana.
- Montessori, M. (1928). *Método de la pedagogía científica*. Barcelona: Casa Editorial Araluce.
- Montessori, M. (1949). *Formazione dell'uomo, Pregiudizi e nebulose, Analfabetismo mondiale*. Milano: Aldo Garzanti editore.
- Montero, M. y Moreno, O. (2011). *Pedagogía Científica y normalidad en Montessori*. Colombia: Logos 20.
- Moreno, O. (2012). *Contexto y aporte de María Montessori a la pedagogía, a la ciencia y a la sociedad de su momento*. Recuperado de <http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/paginaimagenes/PRESENTACIONESyPONENCIAS/Memorias%20Ponencias/Bogota/Pedagogia%20con%20enfasis/Mesa%201%20septiembre%2020/Oliverio%20moreno.pdf>
- Murueta, M. (2007): *Educación en cuatro tiempos*. Editorial Amapsi. Recuperado en: <http://ns1.emotional.com.mx/attachments/article/299/Amapsi%20-%20Educaci%C3%B3n%20en%20cuatro%20tiempos.pdf>
- Narváez, E. (2006). *Una mirada a la escuela nueva*. Recuperado en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20126/2/articulo7.pdf>
- Obregón, N. (2006). Quién fue María Montessori. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28101007>
- Ortiz, L. (2000). *¿Cuál es el nivel o dificultad de la enseñanza que se está exigiendo en la aplicación del nuevo sistema educativo?* Revista EDUCAR, 26, 53-74.
- Santos, M. (2013). *Pedagogía libertaria y María Montessori*. Recuperado en: http://repositori.uvic.cat/xmlui/bitstream/handle/10854/4283/trealu_a2015_santos_maria_irina_pedagogia.pdf?sequence=1
- Schmidt, S. (2006). *Sabía usted que... el "aprender haciendo" viene desde John Dewey*. Recuperado en: <http://www.minam.gob.pe/proyecolegios/Curso/cursos/>

virtual/Modulos/modulo2/3Secundaria/m2_secundaria/Aprender_haciendo-
John_Dewey.pdf

Tébar, L. (2003): *El perfil del profesor mediador*. Recuperado en:
<http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0011educpermanente.htm>

LIDERAZGO EN LAS ESCUELAS PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA INCLUSIVA

Darío Salguero García, José Manuel Aguilar-Parra, José Javier Lorenzo Torrecillas, y Juan Miguel Fernández-Campoy

Universidad de Almería

dariosalguero@dsgconsultores.com

Resumen

La importancia del liderazgo en los equipos directivos como uno de los elementos que contribuyen a la educación y al deporte inclusivo hace que su valoración resulte un asunto de enorme interés. Con este artículo, y en líneas generales, hemos querido mostrar los valores esenciales de la escuela y del deporte inclusivo, y realizar a través de la teoría de los estilos de liderazgo y la dirección educativa una perspectiva de cuáles podrían ser los estilos más pragmáticos para desarrollar una dirección eficaz en los centros educativos hacia la escuela y el deporte inclusivo. Es una oportunidad para poder reflexionar sobre los estilos de liderazgo que estamos llevando a cabo en nuestra sociedad a favor de la educación inclusiva como vehículo de transporte con una práctica deportiva responsable y adaptada, atendiendo a la diversidad del alumnado, ya que da la oportunidad de formar parte de la comunidad, de una forma más integradora y efectiva, hacer contactos sociales, desarrollar relaciones, mejorar la confianza e ir tomando roles de liderazgo llegado el caso. Concluyendo que el liderazgo democrático y compartido, y estando comprometido con los valores inclusivos, se construye la creación de una cultura inclusiva para una sociedad más justa.

Palabras clave: Liderazgo, estilos, equipo directivo, educación, deporte inclusivo y calidad educativa.

“Quien se atreva a enseñar nunca debe dejar de aprender”

John Cotton Dana (1856-1929)

Objetivos

La importancia del liderazgo en los equipos directivos como uno de los elementos y objetivos que contribuyen a la educación y al deporte inclusivo hace que su valoración resulte un asunto de enorme interés. Con este artículo, y en líneas generales, hemos querido mostrar como objetivo los valores esenciales de la escuela y del deporte inclusivo, y realizar a través de la teoría de los estilos de liderazgo y la dirección educativa una perspectiva de cuáles podrían ser los estilos más pragmáticos para desarrollar una dirección eficaz en los centros educativos hacia la escuela y el deporte inclusivo.

Desarrollo del tema

En los últimos tiempos se ha incrementado de una forma significativa la diversidad de la población en las escuelas, lo cual significa un reto importante para nuestro liderazgo en el sistema educativo actual. Uno de los principales problemas está en que la escuela y el profesorado no están preparados para atender esta demanda.

Ante esta circunstancia surge el concepto de educación inclusiva que, según el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (MECD), tiene como propósito prestar una atención educativa que favorezca el máximo desarrollo posible a todo el alumnado y la cohesión de todos los miembros de la comunidad. Junto a este concepto añadimos lo que es el deporte inclusivo pensado para que a través de los deportes todo el que quiera pueda realizar una actividad física, desde personas con discapacidad hasta personas con mínimos recursos económicos.

La comunidad educativa está integrada por todas las personas relacionadas con el centro: alumnado, profesorado, familias, otros profesionales que trabajan en el centro, administración educativa, administración local, instituciones y organizaciones sociales.

Todos los componentes de la comunidad educativa colaboran para ofrecer una educación de calidad y garantizar la igualdad de oportunidades a todo el alumnado para participar en un proceso de aprendizaje permanente junto con la actividad deportiva, elemento fundamental para conseguir un proceso de enseñanza-aprendizaje de calidad.

La inclusión educativa se guía por los siguientes principios fundamentales:

- La escuela debe educar en el respeto de los Derechos Humanos y, para hacerlo, organizarse y funcionar de acuerdo con los valores y principios democráticos.
- Todos los miembros de la comunidad colaboran para facilitar el crecimiento y desarrollo personal y profesional individual, a la vez que el desarrollo y la cohesión entre los iguales y con los otros miembros de la comunidad.
- La diversidad de todas las personas que componen la comunidad educativa se considera un hecho valioso que contribuye a enriquecer a todo el grupo y a favorecer la interdependencia y la cohesión social.
- Se busca la equidad y la excelencia para todo el alumnado y se reconoce su derecho a compartir un entorno educativo común en el que cada persona sea valorada por igual.
- La atención educativa va dirigida a la mejora del aprendizaje de todo el alumnado, por lo que ha de estar adaptada a las características individuales.

El problema actual surge cuando la necesidad educativa no satisface las necesidades individuales ni familiares, así que, la educación inclusiva identifica y minimiza las dificultades de enseñanza-aprendizaje y la participación de la comunidad educativa maximiza aquellos recursos de la atención educativa en ambos procesos. Por lo que, el propósito de la educación y el deporte inclusivo debe ser eliminar todo indicio de exclusión, ya sea por la pertenencia a determinada clase social, etnia, religión, género, o bien por la orientación sexual, la lengua materna, la cultura de origen o la manifestación de ciertas habilidades (Kugelmass, 2003, p.14).

La visión compartida con el resto de la comunidad educativa que debe fomentar el líder de una escuela inclusiva debe estar basada en la búsqueda de nuevos significados sobre la diversidad (Riehl, 2000, p. 61) y, para ello, el equipo directivo debe hacer ver al profesorado que las dificultades encontradas en la implantación de la inclusión son parte del todo y que la diversidad constituye un valor y un reto continuo para el centro, es decir, se trata de la capacidad de liderar el desarrollo de una cultura inclusiva en el centro educativo.

El papel y las funciones del equipo directivo y, en concreto, del líder en los centros educativos son fundamentales. Y definir el perfil de liderazgo dentro de la organización

educativa es necesario y esencial, ya que se diseñan las competencias propias al cargo, las cuales permiten desarrollar con éxito las funciones y tareas del mismo para conseguir una educación y el desarrollo de una actividad física inclusiva y de calidad.

Según Ball (1989, p. 94) “Un estilo es una forma de realización social, un modo particular de comprender y aplicar la autoridad de la dirección. Es una realización individual, pero al mismo tiempo es esencialmente una forma de acción conjunta».

De este modo, para profundizar en el perfil del líder educativo vamos a analizar los tipos de perfiles de liderazgo para los centros educativos.

1. **Liderazgo pedagógico.** La investigación sobre la eficacia escolar:
 - Contribuye al establecimiento de la misión y las metas escolares.
 - Ayuda a generar un clima positivo de aprendizaje.
 - Ayuda y apoya el desarrollo profesional de los profesores.
 - Desarrolla, coordina y supervisa el currículum del centro.
 - Fomenta el trabajo en equipo de los docentes.
 - Favorece la participación de la comunidad escolar.
 - Tiene altas expectativas hacia los docentes y las comunican.
 - Contribuye a generar una cultura de evaluación para la mejora entre los docentes y el centro.

2. **Liderazgo Instructivo.** La atención del líder se centra en las conductas que siguen los profesores y profesoras durante las acciones que afectan al aprendizaje de sus estudiantes. El líder es considerado el responsable del aprendizaje académico de los estudiantes y así lo reflejan las escuelas eficaces. La influencia en este modelo viene dada por el conocimiento experto que poseen y se asignan a personas que ocupan puestos administrativos formales principalmente el director o directora escolar.

3. **Liderazgo transformacional.** La dirección para el cambio:
 - Carisma: el poder referencial y de influencia. Un líder carismático es capaz de entusiasmar e inspirar confianza e identificación con la organización.
 - Visión: capacidad de formular una misión en la que se impliquen los componentes de la organización en el cumplimiento de los objetivos con los que

han de estar identificados.

- Consideración individual: atención a las diferencias personales ya las necesidades diversas.
- Estimulación intelectual: capacidad de proporcionar a los miembros de la organización motivos para cambiar la manera de pensar sobre los problemas técnicos, las relaciones, los valores y las actitudes.
- Capacidad para motivar: potenciar las necesidades y proporcionar un apoyo intelectual y emocional.

4. **Liderazgo persuasivo.** Se sustenta en cuatro premisas básicas:

- Optimismo, el líder mantiene altas expectativas para los otros.
- Respeto a la individualidad de cada ser humano, respeto que se manifiesta en comportamientos como civismo, educación, cortesía y afecto.
- Confianza, dado que los seres humanos son interdependientes, la confianza se convierte en la más alta forma de motivación humana.
- Intencionalidad; los líderes persuasivos actúan a partir de una postura intencionada.

5. **Liderazgo distribuido.**

- Un nuevo marco conceptual para analizar y enfrentar el liderazgo escolar.
- Supone mucho más que una simple remodelación de tareas, significa un cambio en la cultura. Una cultura que implica el compromiso y la implicación de todos los miembros de la comunidad escolar en la marcha, el funcionamiento y la gestión de la escuela.
- Implica el aprovechamiento de los conocimientos, las aptitudes, las destrezas, el esfuerzo y la ilusión del conjunto de la comunidad escolar.

6. **Liderazgo democrático.**

- Fomenta la participación activa del grupo.
- Agradece la opinión del grupo y no margina a nadie, el objetivo es el bien grupal.
- Ejerce una escucha activa teniendo en cuenta todas las opiniones.
- Delega tareas en otros y confía en la capacidad de su grupo.

- Ofrece ayuda y orientación.

En base a estos estilos de liderazgo, los más efectivos para desarrollar una cultura de escuela y práctica deportiva inclusiva son:

- Liderazgo pedagógico.
- Liderazgo distribuido.
- Liderazgo democrático.

Y para llevar a cabo de una forma efectiva estos tipos de estilos de liderazgo, las prácticas que se deben de desarrollar son las siguientes:

- Visión y entusiasmo: El líder debe ser un soñador, ha de tener como visión de su centro una escuela inclusiva pero también ha de conseguir entusiasmar a la comunidad educativa para alcanzar dicho sueño y ha de saber cómo convertir la visión en planes, en acciones.
- Fomentar el crecimiento de toda la comunidad: Las personas son su máxima prioridad. El líder favorece la creación de comunidades profesionales de aprendizaje desarrollando a todos mediante la colaboración y el apoyo mutuo. Son un referente, los primeros en formarse continuamente y favorecen actitudes de trabajo en equipo como una seña de identidad del centro.
- Trabajar hacia una cultura inclusiva: donde se compartan valores, actitudes y normas que fomenten la participación y el aprendizaje de todos y eviten toda forma de marginación y discriminación. El centro educativo no sea solamente para todos sino que participen todos y se viva como el lugar de todos. El equipo directivo juega un papel importante tanto desde el enfoque del discurso como en la práctica.
- Favorecer procesos de enseñanza-aprendizaje inclusivos donde los directores más exitosos en contextos altamente heterogéneos son aquellos que han dedicado una atención prioritaria a las prácticas educativas y a que los docentes mejoren sus procesos de enseñanza. Estos directivos trabajan para ayudar a que los docentes busquen respuestas innovadoras, apoyan su trabajo dotándoles de los recursos que necesitan y organizan el centro para que la atención a la diversidad sea una realidad.

- Fomentar la colaboración entre la familia y la escuela favoreciendo la creación de lazos fuertes entre ellos, contribuyendo a que ambas compartan normas, creencias y expectativas respecto al trabajo escolar del alumnado y a su futuro.
- Revalorizar a los estudiantes, poniendo en valor las culturas familiares de los mismos de tal forma que se consideren como un capital social que la escuela debe aprovechar. El líder inclusivo tiene y transmite altas expectativas del alumnado consiguiendo que se perciban como lo más importante del centro.

Conclusiones

El centro educativo en su conjunto (prácticas, organización y cultura) es el lugar donde se consigue una inclusión real y en la que nos enfrentamos día a día a nuevos retos que hacen despertar necesidades que demandan diferentes respuestas. Se ha comprobado que la diversidad se hace cada vez más patente en la escuela, en la cual ya no nos encontramos ante una visión de alumnado homogéneo, sino que percibimos y admiramos un alumnado heterogéneo donde cada uno de ellos es diferente.

En consecuencia, recibir una educación de calidad es un derecho humano irrenunciable de todas y cada una de las personas. Y ello es posible gracias a las escuelas y a la práctica deportiva inclusiva, a través de ellas conseguiremos una sociedad más justa, equitativa e inclusiva.

Como dice Murillo:

La investigación sobre dirección escolar resulta clave ya que detrás de una buena escuela siempre hay una persona que la lidera ejerciendo funciones de dirección; y no es posible el cambio de la escuela sin contar con el apoyo y compromiso del director o directora. Por lo tanto, si abordamos la temática de la dirección escolar y su incidencia en el cambio y la mejora, estamos contribuyendo a elaborar un modelo de dirección que contribuya a transformar la escuela; estamos, sin duda, realizando una aportación significativa (Murillo, 2006, p. 13).

De esta forma, se puede decir que necesitamos una escuela y una práctica deportiva que atiendan a la diversidad y, por consiguiente, consideramos que la dirección escolar es un medio para que sea una realidad consiguiendo una transformación de la

escuela y en la escuela, convirtiéndola en un lugar donde las diferencias de todo el alumnado sean consideradas como fruto para el enriquecimiento de la institución y de toda la comunidad educativa que la compone.

Concluyendo, el liderazgo responsable de una escuela y práctica deportiva inclusiva busca la integración de todo su alumnado favoreciendo la participación y los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Referencias

BALL, S. (1989): La micropolítica de la escuela: hacia una teoría de la organización escolar. Barcelona: MEC/Paidós.

Kugelmass, J.W. (2003). Inclusive Leadership; Leadership for Inclusion. Nottingham: National College for School Leadership (NCSL).

MURILLO, F. J. (2006). Una dirección escolar para el cambio: Del liderazgo transformacional al liderazgo distribuido. *Revista Electrónica Iberoamericana de Calidad, Eficacia y Cambio en la educación*. Vol. 4. Nº 4. Pp. 12-24.

Riehl, C. J. (2000). The principal's role in creating inclusive schools for diverse students: A review of normative, empirical, and critical literature on the practice of educational administration. *Review of Educational Research*, 70(1), 55–88.

Webgrafía

PRESENTACIÓN EN PPT DEL II SEMINARIO DE “INCLUSIÓN Y LIDERAZGO ESCOLAR”: Extraído el 10 de octubre de 2014 de: http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral/site/artic/20101028/asocfile/20101028173036/presentacion_murillo.pdf

EDUCACIÓN INCLUSIVA EN EL SISTEMA EDUCATIVO: Extraído el 12 de octubre de 2014 desde <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/sistema-educativo/educacion-inclusiva.html>

MEJORA DE LA RESILIENCIA A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREATIVA

José Javier Lorenzo Torrecillas, José Manuel Aguilar-Parra, Juan Miguel Fernández-Campoy, Rubén Trigueros, y Darío Salguero

Universidad de Almería

jjlorenzotorrecillas@gmail.com

Resumen:

Es reconocido que la actividad física promueve la salud en el ámbito físico, social, cognitivo y emocional. Los estudios a nivel experimental han demostrado asociación entre las intervenciones de actividad física y la mejora de los indicadores de salud, y, finalmente, cómo los programas que contemplan actividad física han sido utilizados para fomentar la resiliencia. Para todos los autores estudiados en la presente revisión, la actividad física se perfila como un medio relevante para promover los rasgos de la resiliencia. Según todos los estudios, la participación en actividades físicas y recreativas aumenta la calidad de vida, lo que a su vez correlaciona con una mayor resiliencia. La relación positiva entre el factor interno de la resiliencia y la práctica de actividad física y recreativa podría explicarse por la naturaleza activa, interactiva y altamente emocional que posee la actividad física, características que permiten explorar y practicar los diferentes rasgos que conforman la resiliencia, tales como valores, resolución de problemas, establecimiento de metas y trabajo en equipo. Futuros estudios experimentales deberían plantear nuevas líneas de investigación donde se compare en profundidad el efecto en la resiliencia según grupo de edad y tipos de actividad física.

Palabras clave: resiliencia, actividad física, recreativa, deporte.

Introducción

Es reconocido que la actividad física promueve la salud en el ámbito físico, social, cognitivo y emocional. Al respecto, Oviedo et al. (2013, citado en Romero, 2015) opinan que el aumento de la actividad física se ha asociado con parámetros de salud más favorables. Además, según Oviedo et al., los estudios a nivel experimental han demostrado asociación entre las intervenciones de actividad física y la mejora de los indicadores de salud, y, finalmente, cómo los programas que contemplan actividad física han sido utilizados para fomentar la resiliencia.

El término resiliencia ha sido estudiado desde hace más de 60 años y, sin embargo, parece que solo en estas últimas dos décadas ha suscitado un justificado y especial interés por parte de la Psicología del Deporte y del Ejercicio (García et al. 2014). De este modo, numerosos autores en los últimos años han tratado de demostrar la existencia de una relación positiva entre resiliencia y actividades físicas y recreativas.

No obstante, antes de profundizar en el tema, conviene definir los términos. Así, Oriol (2012) nos dice:

El término resiliencia expresa un complejo constructo conceptual desarrollado originalmente en el ámbito de la psicología y adoptado por la sociología, que llega también a las ciencias políticas y a las educativas y que irremediamente ganará pronto la atención en educación médica.

En el mundo físico, resiliencia sería sinónimo de elasticidad o flotabilidad y expresaría la capacidad de un cuerpo para recuperar su estado o posición original una vez dejen de actuar aquellas fuerzas que tienden a deformarlo, desplazarlo o sumergirlo. En el ámbito de las ciencias de la vida, resiliencia expresa la adaptabilidad de los individuos o los grupos frente a los retos o amenazas y se ha definido como "la capacidad para vivir, desarrollarse positivamente o superarse frente al estrés o las adversidades que pueden normalmente ser causa de consecuencias negativas. Es un concepto positivo que reconoce los mecanismos para hacer frente exitosamente a los contratiempos y a las adversidades y que refuerza a los individuos.

Para los psicólogos, el interés por la resiliencia surgió del intento de comprender por qué algunos niños, adultos o familias llegaban a superar fortalecidos grandes

adversidades (genocidios, marginación socioeconómica o cultural en el caso de los inmigrantes, rupturas parentales en el caso de niños o adolescentes, etc.) capaces de destruir a la mayoría de afectados por ellas. Se han descrito las siguientes dimensiones de la resiliencia individual: confianza en uno mismo, coordinación (capacidad de planificación de la actuación), autocontrol y compostura (nivel de ansiedad bajo) y persistencia en el compromiso. Estas características se traducen en la práctica en que el individuo resiliente cree que su actuación puede modificar la situación en que se encuentra, que el esfuerzo persistente merece la pena y que las situaciones peligrosas y los fracasos son inevitables y superables, sin que les cause un nivel de ansiedad excesivo ni un deseo de rendirse.

Los mecanismos para hacer frente con éxito a los contratiempos y las adversidades se basan en buscar el apoyo social, hacer uso del humor, controlar las emociones, aprender reflexivamente y apoyarse en las creencias morales para conseguir automotivarse.

Por su parte, para la Position Stand del American College of Sports Medicine (ACSM), la actividad física es «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que provocan un gasto energético, por encima de los niveles de reposo basal» (Garber, et al., 2011, p.1337, citado en Romero, 2015). Según estos autores, entre las actividades físicas se encuentran el ejercicio, los deportes y aquellas actividades físicas realizadas como parte de la vida diaria, la ocupación, la recreación y el transporte activo.

Objetivos

La presente revisión trata de determinar si la práctica de actividades físicas y deportivas, así como la participación en actividades recreativas y de tiempo libre, influyen en la mejora de la resiliencia; y, en caso afirmativo, qué tipo de actividades han sido investigadas en relación a la mejora de los factores resilientes y cuáles han sido los principales resultados.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía sobre el tema. Para ello se ha consultado en la base de datos Dialnet utilizando los descriptores: “actividad física” & “resiliencia” y “deporte” & “resiliencia”. De un total de 35 referencias encontradas tras la búsqueda, se han seleccionado 13 para su análisis.

Resultados

Para todos los autores estudiados en la presente revisión, la actividad física se perfila como un medio relevante para promover los rasgos de la resiliencia. Según todos los estudios, la participación en actividades físicas y recreativas aumenta la calidad de vida, lo que a su vez correlaciona con una mayor resiliencia.

Así, por ejemplo, Bronwyn (2008, citado en Romero, 2015) señala que la resiliencia se relaciona actualmente con el deporte y el ejercicio. De acuerdo con Lyoka (2011, citado en Romero, 2015), los programas desarrollados con base en ejercicios pueden aumentar la auto-confianza, la estabilidad emocional, las funciones cognitivas y el trabajo en red social; factores de importancia en el desarrollo de la resiliencia.

La relación positiva entre el factor interno de la resiliencia y la práctica de actividad física y recreativa podría explicarse por la naturaleza activa, interactiva y altamente emocional que posee la actividad física, características que permiten explorar y practicar los diferentes rasgos que conforman la resiliencia, tales como valores, resolución de problemas, establecimiento de metas, trabajo en equipo, entre otros (Martinek y Hellison, 1997, citados en Romero, 2014). Además, el involucramiento en este tipo de actividad permite mejorar la confianza, la estabilidad emocional, las funciones cognitivas y el trabajo en red social; factores que son importantes en la resiliencia, a la vez, que dan la oportunidad de pertenecer a un grupo, lograr el éxito y recibir reconocimiento público, aspectos importantes durante la adolescencia (Fredricks y Eccles, 2008; Lyoka, 2011, citados en Romero, 2014). Asimismo, Bronwyn (2008, citado en Romero, 2014) considera que los programas desarrollados con base en ejercicios contribuyen con la salud mental; ayudan en la gestión del estrés, la ansiedad y la ira de los participantes: aspectos que también son encontrados en personas con alta resiliencia (Burtona, Pakenhamb y Brown, 2010, citados en Romero, 2014). Otra estrategia para promover la resiliencia es la

incorporación de ejercicios de relajación, estiramiento, respiración y meditación (Shelton, 2008; Sood, Prasad, Schroeder y Varkey, 2011; Quiceno, Vicaccia y Remor, 2011, citados en Romero, 2015).

Desarrollo de la resiliencia en el deporte reglado y de competición

Desde una perspectiva estrictamente deportiva, las exigencias del deporte a nivel competitivo conllevan el desarrollo de capacidades psicológicas de tolerancia y superación de adversidades propias de la práctica deportiva, que pueden relacionarse directa o indirectamente con el constructo de resiliencia. Asimismo, las investigaciones de la resiliencia en el contexto deportivo señalan que la capacidad para hacer frente a los contratiempos, al estrés y a la adversidad constituye una de las características comunes a todos los deportistas de alto nivel (Gould, Dieffenbach, y Moffett, 2002). Esta relación ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones, entre las que podríamos destacar las siguientes:

Ruiz, De la Vega, Poveda, Rosado y Serpa (2012), en un estudio con una muestra de 110 jugadores de fútbol de competición correspondientes a las categorías cadetes ($n = 37$), juveniles ($n = 54$) y sénior ($n = 19$), con un rango de edad de 15 a 21 años, demostraron la existencia de mayores niveles de resiliencia global en la muestra formada por futbolistas que en la formada por adolescentes sedentarios.

Reche, Tutte y Ortín (2014, citados en García et al. 2014), investigando con judocas uruguayos, encontraron que el 38% presento una elevada resiliencia, con una significativa y negativa relación con sintomatología de burnout, relacionada con bajo optimismo.

Por su parte, Cevada et al. (2012, citado en García et al. 2014), señalan que el deporte tiene un papel modulador y favorecedor de la calidad de vida y de la resiliencia de las personas que lo han practicado. En su estudio encuentran diferencias significativas entre ambos grupos a favor de los que habían practicado deporte, con una muestra de 32 ex-deportistas de alto rendimiento y 30 no deportistas.

Fletcher y Sarkar (2012, citado en García et al. 2014), apuntan a que factores psicológicos como la personalidad positiva, la motivación, la confianza, la concentración y el apoyo social percibido constituyen el perfil de resiliencia del deportista de alto nivel y

protegen a los deportistas de los potenciales efectos negativos de la exposición a altos niveles de estrés. 12 campeones olímpicos (8 hombres y 4 mujeres).

Hosseini y Besharat (2010, citado en García et al. 2014), mostraron la relación positiva entre la resiliencia, el rendimiento deportivo y el bienestar psicológico y, relación negativa con los trastornos psicológicos, en una muestra de 139 atletas (96 hombres y 43 mujeres).

Podlog y Eklund (2009, citado en García et al. 2014), en un estudio con 12 atletas de élite australianos y canadienses (7 hombres y 5 mujeres) entre 18 y 28 años de edad, apuntan que la percepción de éxito del deportista tras una lesión viene mediada por la teoría de la autodeterminación, el adecuado uso de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido.

Asimismo, según Holt y Dunn (2004, citado en García et al. 2014), un buen perfil resiliente, además de una buena disciplina, compromiso y un alto apoyo social son factores clave para el desarrollo de altos niveles de rendimiento en el fútbol. Según estos autores, la resiliencia se relaciona estrechamente con un buen uso de las estrategias de afrontamiento como respuesta a las demandas del fútbol de competición.

Para Yi, Smith y Vitaliano (2005, citado en García et al. 2014), en una investigación con 404 mujeres deportistas con una media de edad de 15,8 años, las estrategias de afrontamiento de los sujetos resilientes se centran en el problema y en la búsqueda de apoyo social, mientras que las de los no resilientes se centran en un afrontamiento de evitación y de culpa a los demás.

Según Martin Krumm, Sarrazin, Peterson y Famose (2003, citado en García et al. 2014), en un estudio con 62 jugadores de baloncesto (32 hombres y 29 mujeres) con una media de edad de 14 años, los deportistas más optimistas, que son también los más resilientes, obtienen menores niveles de ansiedad, tienen mayor confianza en sí mismos y obtienen mejores niveles de rendimiento.

Por su parte, Gould, Dieffenbach y Moffet (2002, citado en García et al. 2014), señalan que el buen rendimiento viene mediado por altos niveles para hacer frente a las adversidades significativas y al estrés. Así lo constatan en una muestra de 32 ganadores de medallas olímpicas, 10 entrenadores y 10 personas del entorno cercano de los deportistas.

Hosseini y Besharat (2010) estudiaron la resiliencia en una población formada por 139 deportistas, demostrando que existe una relación positiva de la resiliencia con el rendimiento deportivo y el bienestar psicológico y de una relación negativa con los trastornos psicológicos.

A su vez, Ruiz, Del Campo y De la Vega (2015), han demostrado la relación entre resiliencia y el factor de competencia personal de los entrenadores deportivos, en este caso, de atletismos. Concluyen que las propias exigencias laborales del entrenador de atletismo podrían influir en la presencia de elevados niveles de resiliencia.

Finalmente, las relaciones existentes entre el perfil resiliente de los deportista y su influencia sobre los niveles de estrés-recuperación corroboran que unos mayores niveles de resiliencia se relacionan con diversas variables estrechamente ligadas al rendimiento deportivo como la disciplina, el compromiso, el apoyo social percibido, la fortaleza mental, el optimismo, la ansiedad o la auconfianza (Holt y Dunn, 2004; Weissensteiner, Abernethy y Farrow, 2009; Lee, Nam, Kim y Kim, 2013; Martin-Krumm, Sarrazin, Peterson y Famose, 2003, citados en Garcia et al. 2015). Así, un perfil resiliente medio es suficiente para considerarse como un posible factor que participe en que, de manera muy notable, el deportista esté menos estresado y recupere mejor que otro sujeto que presente un nivel de resiliencia bajo. En conclusión, podemos afirmar que unos mayores perfiles de resiliencia pueden influir sobre los procesos de estrés-recuperación.

Actividades recreativas y desarrollo de la resiliencia

Los programas recreativos también son usados como un medio para fomentar la resiliencia. Entre las actividades recreativas más usadas para este fin se encuentran las actividades deportivas, campamentos, actividades al aire libre, actividades de aventura, actividades de fin de semana, voluntariado en la comunidad, programas de artes escénicas, actividades recreativas de noche, juegos y programas después de clases (Allen, Cox y Cooper, 2006; Beth, Mezei, Bush y Weinstein, 2012; Bloemhoff, 2006; Ellis, Braff y Hutchinson, 2001; Ewert y Yoshino, 2011; Green, Kleiber y Tarrant, 2000; Hurtes, Allen, Stevens y Lee, 2000, citados en Romero, 2015).

Romero (2014), en una investigación con un grupo de 54 adolescentes, demuestra que la práctica de actividades recreativas físicas se relacionaba positiva y significativamente con la dimensión del factor interno de la resiliencia. Asimismo,

encontró la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la resiliencia mostró una tendencia a una relación negativa, pero ésta no fue significativa. Según su investigación, a medida que aumentaba la práctica de actividades recreativas y físicas en la población estudiantil, también se incrementaba el valor en el factor interno de la resiliencia. Estos hallazgos coinciden con Cooper et al. (2004, citado en Romero, 2014), quienes señalan que las personas pueden desarrollar cualidades de resiliencia, si participan en programas recreativos.

Grunstein y Nutbeam (2007, citado en Romero, 2014) también mencionan que algunos factores de resiliencia (habilidades personales, competencia social, autonomía, optimismo y esperanza) son promovidos por la participación en programas de actividad física que poseen objetivos definidos. Una de las claves para desarrollar resiliencia es el uso positivo del tiempo y una manera de utilizarlo adecuadamente es por medio de la identificación, la planeación y la participación en programas recreativos (Reed et al., 1995, citado en Romero, 2014).

Cuando se realizan actividades recreativas durante el tiempo libre y se promueve el desarrollo integral de las personas (Salazar, 2007, citado en Romero, 2014), se visualiza a este tipo de práctica como una posible conducta que module la resiliencia. Por ejemplo, Fredricks y Eccles (2008, citado en Romero, 2014) encontraron relación entre la resiliencia y la participación de estudiantes de octavo grado en clubes escolares, así como un aumento en la resiliencia, registrado a lo largo del tiempo, en la población estudiantil que participó en equipos deportivos escolares y en actividades recreativas extraescolares.

El factor interno de resiliencia consiste, según el instrumento CR, en las habilidades para solucionar problemas. De acuerdo con Hattie (1997, citado en Romero, 2014), dichas habilidades corresponden a uno de los beneficios que se logran gracias a los objetivos que se plantean en los programas recreativos. Por ejemplo, el estudio de Bloemhoff (2006, citado en Romero, 2014) indica que la participación de un grupo de adolescentes en un programa recreativo de cursos de cuerda fortaleció factores que mejoraron la resiliencia, entre ellos la resolución de problemas. La investigación de Green et al. (2000, citada en Romero, 2014) también reveló mejorías en las habilidades de resolución de problemas en dos grupos de adolescentes, uno que participó en un programa recreativo de cuerdas y otro que realizó actividades recreativas de campamento de verano

(como juegos, natación, baloncesto, pintura, cama elástica, entre otras), en comparación con otro grupo que no realizó ningún tipo de actividad recreativa.

La resiliencia y la expresión corporal

Mundet, Beltrán y Moreno (2014), han estudiado la relación entre la la expresión corporal y la danza y la resiliencia. Según estos autores, la danza permite entrenar y mejorar cualidades físicas básicas, como la fuerza, la resistencia cardiovascular, la velocidad y la flexibilidad casi de inmediato, así como también la orientación espacio-temporal, la coordinación y, en general, la capacidad motriz.

De la misma manera, Montoya et al (2007, citados en Mundet, 2015) aportan la idea que la práctica de la expresión corporal y la danza contribuyen a que las personas sean más activas físicamente e incentiva a dejar de lado el sedentarismo y estados emocionales poco agradables, como la depresión, el estrés y el resentimiento. Por otra parte, el componente emocional también se ve fortalecido con el trabajo corporal, porque mejora la percepción y la aceptación del propio cuerpo en el mundo. Otro aspecto importante a tener en cuenta es el componente social. Por ello, se quiere resaltar cómo las actividades artísticas incentivan procesos de socialización, integración y cooperación y facilitan la relación con las personas, los objetos y el espacio del entorno, aportando numerosos beneficios personales como la comunicación, el conocimiento cultural, la creatividad, la expresividad, la autoestima, el autoconocimiento o el conocimiento del otro.

De esta manera, las actividades de expresión corporal constituyen una herramienta fundamental en el trabajo educativo con diferentes colectivos con problemática social y, entre ellos, los jóvenes en situación de riesgo social. Así pues, utilizar la expresión corporal y la danza como herramienta de intervención social en comunidades en riesgo de exclusión social ha sido reconocido como una buena manera de fomentar la resiliencia en este colectivo.

Por su parte, Ávila, et al. (2007), han demostrado cómo con la implantación de talleres de expresiones artísticas que incluyen danzas folklóricas, canto, producciones plásticas así como otras actividades culturales, con la finalidad de fomentar espacios recreativos y deportivos, se logra reducir el impacto negativo del riesgo social y sus

consecuencias en la comunidad, disminuyendo la agresividad entre pares, fortaleciendo la autoestima positiva y fomentando la cooperación.

Relación entre el desarrollo de la resiliencia y la intensidad y número de actividades practicadas

Romero (2015), ha estudiado el efecto de la actividad física en la resiliencia, en una muestra de 590 sujetos de entre 11 y 57 años de edad. La evidencia encontrada genera pautas que recomiendan a las personas que poseen agentes estresores de tipo fisiológico, psicosocial o intelectual, participar en programas que incluyan actividades físicas de intensidad vigorosa o baja, que preferiblemente se combinen con actividades psicoeducativas, para obtener una mejor asimilación del constructo de la resiliencia y, con sesiones que preferiblemente duren hasta los 150 minutos.

Por su parte, López-Cortón (2015) en una investigación con 343 estudiantes de la Universidad de A Coruña, ha encontrado como factores relevante en el proceso resiliente el número de actividades realizadas. Según sus hallazgos, las personas que realizan mayor número de actividades en su tiempo libre tendrán mayor nivel de resiliencia. Estos resultados concuerdan con los de Romero (2015), quien dice que a medida que se incrementaba el tiempo dedicado a esta actividad mayor era la puntuación en resiliencia.

Respecto a esto, Fordyce (1981, citado en López-Cortón, 2015) llevó a cabo investigaciones con estudiantes universitarios, basadas en componentes fundamentales de la felicidad, como mantenerse ocupado, ser más activo, pasar más tiempo socializando, centrarse en el momento actual, dejar de preocuparse, etc., se comprobó que existía un incremento significativo de su bienestar.

Reich y Zautra (1981, citado en López-Cortón, 2015), también demostraron cómo los estudiantes que participaban en actividades que provocaban emociones positivas manifestaban más satisfacción y mejor calidad de vida. Los resultados son congruentes con las investigaciones llevadas a cabo por Iwasaki et al. (2005, citado en López-Cortón, 2015) sobre el rol de las actividades de ocio para el manejo del estrés. A su vez, Kent y Davis (2010, citado en López-Cortón, 2015), probaron en posteriores estudios, que animar a participar en un gran número de este tipo de actividades, fue una fuente de resiliencia.

Discusión y conclusiones

La participación en actividades físicas y recreativas se ha demostrado como un factor determinante del desarrollo de la resiliencia. No obstante futuros estudios experimentales deberían plantear nuevas líneas de investigación donde se compare en profundidad el efecto en la resiliencia según grupo de edad y tipos de actividad física.

También sería importante profundizar en las aplicaciones prácticas, tanto en deportistas como en personas comunes, pues los programas de mejora del perfil resiliente pueden potenciar estos niveles y producir cambios importantes en variables psicosociales asociadas con las enfermedades, lesiones y/o el rendimiento deportivo. Así, el aumento en los niveles de resiliencia y un uso de las estrategias de afrontamiento adecuado son claves para el rendimiento deportivo, por lo que este tipo de investigaciones optimizan la intervención psicológica para tratar de mejorar los resultados competitivos. (García et al. 2015).

En conclusión, el hallazgo de la relación positiva entre la resiliencia y las actividades físicas y recreativas es importante porque permite identificar a este tipo de prácticas como una posible conducta que module la resiliencia. Sin embargo, también hay que tener en cuenta posibles restricciones, pues, en ocasiones, la resiliencia se ve limitada por factores como la carencia de redes de apoyo, pertenencia a grupos transgresores, la adicción a drogas, vagancia persistente y carencia de opciones para fortalecer las destrezas que generan autonomía y reconocimiento social, entre otros (Puerta, 2002, citado en Romero, 2014). Estos elementos pueden ser especialmente perjudiciales en adolescentes, por ser la adolescencia un periodo en el que se adquieren conductas de riesgo y se toman decisiones de cómo invertir el tiempo libre. Por consiguiente, es importante que las escuelas y comunidades ofrezcan a las personas jóvenes contextos en los que puedan utilizar su tiempo libre de manera productiva, establecer redes de apoyo con personas adultas y compañeras, a la vez que adquieren competencias y habilidades.

Referencias

- Avila, M., Corvalan, D., Godoy, A., Heit, L., Luciano, G., Marzzana D. y Mallea, F. (2007). Trabajo Comunitario en niños con Riesgo Social: una visión desde el voluntariado. *Psicología sin fronteras: revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, 2(1-2), 25-30.
- García, X., Molinero, O. Ruiz, R. Salguero, A., De la Vega, R. y Márquez, S. (2014). La resiliencia en el deporte: fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación y revisión de la literatura. *Cuadernos de psicología del deporte*, 14(3), 83-98
- García, X., Salguero, A., Molinero, O., De la Vega, R., Ruiz, R. y Márquez, S. (2015). El papel del perfil resiliente y las estrategias de afrontamiento sobre el estrés-recuperación del deportista de competición. *Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte*, 14(1).
- López-Cortón, A. (2015). *Factores predictores de procesos resilientes en jóvenes universitarios*. (Tesis Doctoral). Universidade da Coruña.
- Lucas de Almeida, I. M. (2012). *Resiliencia: Valores de vida y vivencias académicas en los estudiantes de enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura.
- Mundet, A. Beltrán, A. M. y Moreno, A. (2015). Arte como herramienta social y educativa. *Revista complutense de educación*, 26(2), 315-329.
- Oriol, A. (2012). Resiliencia. *FEM. Revista de la Fundación Educación Médica*, 15(2), 77-78.
- Romero, C. E. (2014). Relación entre resiliencia, práctica de actividades recreativas físicas y consumo de alcohol en colegiales. *EmásF: revista digital de educación física*, 26, 59-72.
- Romero, C. E. (2015). Meta-análisis del efecto de la actividad física en el desarrollo de la resiliencia. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 28, 98-103.
- Ruiz, B., Gómez, M., Fernández, R. y Badía, M. (2014). Determinantes de la calidad de vida del alumnado de primaria. *Revista Iberoamericana de educación*, 66, 59-74.

Ruiz, R., De la Vega, R., Póveda, J., Rosado, A. y Serpa, S. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de psicología del deporte*, 21(1), 143-151.

Ruiz, R., Del Campo, J. y De la Vega, R. (2015). La resiliencia en entrenadores de atletismo de alto rendimiento. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(1), 69-76.

MIDIENDO LA ANSIEDAD FÍSICO SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

María-Jesús Lirola*, Manuel Alcaraz-Ibáñez*, Jesús Medina-Casaubón**, Rafael Burgueño* y Álvaro Sicilia*

**Universidad de Almería, **Universidad de Granada*

mariajesus.lirola@ual.es

Resumen

La práctica regular de ejercicio físico se muestra como un hábito de carácter saludable que contribuye en gran medida a mejorar la calidad de vida del ser humano. Atendiendo a esta realidad, resulta preocupante observar una significativa reducción en los niveles de práctica de ejercicio físico durante la adolescencia. Uno de los constructos que podría contribuir a este hecho es la ansiedad físico social. Pese a que diversos instrumentos y modelos estructurales han sido propuestos para medir la ansiedad físico social en población adolescente, no parece existir consenso acerca de cuál podría ser el más adecuado. El objetivo de este estudio fue determinar qué versión y modelo estructural del instrumento originalmente propuesto por Hart et al. (1989) podría ser el más adecuado para medir la ansiedad físico social durante la adolescencia temprana en el contexto español. Participaron en el estudio 708 estudiantes de educación primaria (363 niños, 345 niñas; $M_{\text{edad}} = 10.45$, $DT = 0.71$). De los cuatro modelos probados, el modelo unifactorial formado por siete ítems se mostró como el más adecuado [$\chi^2/df = 4.63$; CFI= .951; IFI= .952; RMSEA= .072 (IC= .054, .090); SRMR = .038, AIC= .92.63]. Además, se obtuvieron evidencias de la fiabilidad (i.e., consistencia interna y estabilidad temporal) de esta versión del instrumento, la cual se mostró invariante en función del género.

Palabras clave: adolescencia, propiedades psicométricas, imagen corporal, ejercicio físico

El rol beneficioso de la práctica de actividad física aparece ampliamente evidenciado en la literatura científica (Gallagher, Zelestis, Hollams, Denney-Wilson, & Kirkness, 2013; Hamer & Stamatakis, 2012). En este sentido, las recomendaciones de la *World Health Organization* (WHO, 2010) se sitúan en 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa para niños y adolescentes, siendo de 150 minutos semanales de actividad moderada para población adulta. Sin embargo, estudios recientes han mostrado menores tasas de participación en este tipo de actividades en población femenina y, de manera particular, durante la adolescencia (Kraut, Melamed, Gofer, & Froom, 2003; Stamatakis & Chaudhury, 2008). Este hecho resulta especialmente preocupante si se tiene en cuenta que los hábitos de práctica de actividad física tienden a transferirse desde la adolescencia a la edad adulta (Telama, Yang, Laakso, & Viikari, 1997). Atendiendo a las evidencias anteriormente expuestas y al objeto de promover la salud presente y futura de las personas, resulta necesario profundizar en el estudio de aquellos factores que podrían influir en el abandono de la práctica de la actividad física durante la adolescencia. Uno de los factores que anteriores investigaciones han identificado como potencialmente relevante en este sentido es la ansiedad físico social (AFS).

La AFS ha sido definida como la respuesta afectiva de carácter negativo derivada de la evaluación externa a la que el propio cuerpo podría estar siendo sometido (Hart, Leary, & Rejeski, 1989). Además, la AFS parece jugar un relevante papel durante la adolescencia, hecho que parece hasta cierto punto lógico si se considera que durante dicho periodo se produce una sucesión de relevantes cambios tanto de carácter físico como psicológico (Sabiston, Sedgwick, Crocker, Kowalski, & Mack, 2007). La AFS ha sido asociada de manera negativa con variables psicológicas como la autoestima y el autoconcepto, además de con conductas saludables como la adopción de unos correctos hábitos alimenticios y la práctica de actividad física (Crocker, Sabiston, Kowalski, McDonough, & Kowalski, 2006). En este sentido, Leary (1992) mostró que la calidad de la autopercepción corporal puede influir en la elección del tipo de actividad física a realizar. De esta forma, quienes perciben su físico de manera negativa podrían tender a evitar aquellas actividades en las que el cuerpo queda expuesto al resto de los participantes (e.g., clases de yoga, clases de aeróbic, natación). En esta misma línea, Spink (1992) plantea que tanto la forma en la que la persona percibe su propio cuerpo

como la creencia acerca de la forma en la cual los demás lo perciben, es un factor determinante a la hora de realizar actividad física. Por tanto, la autopercepción corporal y, en particular, la preocupación derivada del aspecto físico mostrado dentro de un determinado contexto social, podría llegar a disuadir a la persona a la hora de involucrarse en la práctica de actividad física (Sabiston, Pila, Pinsonnault-Bilodeau, & Cox, 2014).

Durante las últimas tres décadas, diversos instrumentos y estructuras factoriales han sido propuestas para medir la AFS. Así, Hart et al. (1989) plantearon un instrumento, la *Social Phisique Anxiety Scale* (SPAS) formado por 12 ítems que registraban sentimientos enfrentados de ansiedad y confort experimentados en situaciones de exposición corporal. No obstante, este modelo fue posteriormente cuestionado debido a la presencia de dos claros factores (Eklund, Mack, & Hart, 1996; Petrie, Diehl, Togers, & Johnson, 1996). A su vez, Martin, Rejeski, Leary, McAuley, y Bane (1997) propusieron la eliminación de 3 de los 12 ítems originales, argumentando que 2 de ellos poseían un fuerte componente de satisfacción corporal, planteando por tanto un modelo unifactorial formado por 9 ítems. Sucesivas investigaciones mostraron evidencias empíricas que sugerían la conveniencia de medir la AFS utilizando una escala unidimensional (Eklund, 1998; Motl & Conroy, 2000, 2001; Smith, 2004). En un intento de seguir mejorando las propiedades psicométricas del instrumento, Motl & Conroy (2000, 2001) propusieron argumentalmente la eliminación de dos ítems, mostrando evidencias que sugerían el mejor funcionamiento de un instrumento unifactorial formado por 7 ítems, además del carácter invariante del mismo en función del género. Con posterioridad, se obtuvieron evidencias de la fiabilidad del instrumento, en concreto, atendiendo al nivel de estabilidad temporal del mismo (Scott, Burke, & Joyner, 2004). Empleando una muestra formada por adolescentes, Smith (2004) confirmó la validez del modelo de 7 ítems. De esta forma, el proceso de reducción de los 12 ítems inicialmente considerados a 7 ha permitido obtener un instrumento breve y con adecuadas propiedades psicométricas (Hagger et al., 2007; Isogai et al., 2001; Lindwall, 2004; Scott et al., 2004; Smith, 2004). Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados en el proceso de validación de la escala de AFS han empleado muestras de adultos, siendo mínimo su estudio y análisis en muestras de adolescentes (Hagger et al., 2010; Martin, 1999; Smith, 2004; Thompson & Chad, 2002).

Considerando de manera específica el contexto español, cabe destacar que la versión de siete ítems ha sido previamente validada en dicho contexto (Sáenz-Alvarez, Sicilia, González-Cutre, & Ferriz, 2013). Empleando una muestra compuesta por adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, dicho trabajo mostró adecuados índices de ajuste para el modelo unifactorial formado por siete ítems, si bien el reactivo redactado en sentido inverso mostró un bajo nivel de saturación factorial estandarizada ($\lambda = .17$). No obstante, cabe destacar que, hasta el momento ningún estudio ha considerado de manera simultánea el funcionamiento de las distintas versiones propuestas para la SPAS en el contexto español en general y, en particular, durante la adolescencia temprana. Esta limitación podría resultar de especial relevancia si se considera que las consecuencias derivadas de la AFS pueden aparecer ya durante las primeras etapas de la adolescencia (Sabiston et al., 2014).

Atendiendo a las evidencias que sugieren la influencia de la AFS experimentada durante la adolescencia en el abandono de conductas saludables como, por ejemplo, la práctica de actividad física, resulta necesario profundizar en el estudio de dicho constructo. Determinar la composición y estructura factorial más adecuada para la medición de la AFS podría contribuir a un estudio más preciso de las consecuencias derivadas del mismo durante las primeras fases de la adolescencia. El objetivo de este estudio fue determinar qué versión y modelo estructural del instrumento originalmente propuesto por Hart et al. (1989) podría ser el más adecuado para medir la ansiedad físico social durante la adolescencia temprana. Además del modelo original de Hart et al. se consideró el modelo de 9 ítems propuesto por Martin et al. (1997), y el 7 ítems de Motl y Conroy (2000, 2001). Dado que anteriores investigaciones han mostrado diferencias en los niveles de AFS en función del género (Sabiston et al., 2014), el segundo objetivo fue determinar la invariancia del modelo que mostrase un mejor ajuste en función de dicha variable. Un tercer objetivo del presente estudio fue obtener evidencias de la fiabilidad del instrumento atendiendo a sus niveles de fiabilidad interna y estabilidad temporal.

Método

Participantes

Participaron 708 escolares (363 niños y 345 niñas) con una edad comprendida entre 9 y 13 años ($M_{edad} = 10.45$, $DT = .71$) que cursaban educación primaria en distintos centros de Almería y Granada. Para obtener evidencias de la estabilidad temporal del instrumento se utilizó una muestra independiente de 52 estudiantes (26 niños y 26 niñas) con edades que oscilaban entre 12 y 15 años ($M_{edad} = 12.77$, $DT = .83$).

Instrumentos

Se utilizó la escala de Ansiedad Físico Social de 12 ítems (SPAS-12) de Hart et al. (1989), la escala de Ansiedad Físico Social de 9 ítems (SPAS-9) de Martin et al. (1997) y la versión en español de Sáenz-Alvarez, Sicilia, González-Cutre y Ferriz (2013) del modelo de 7 ítems (SPAS-7) de Motl y Conroy (2000, 2001). Las tres escalas comparten ítems, habiéndose producido la reducción de su número en función de los resultados obtenidos en los estudios anteriormente citados. Uno de los ítems en común sería “Hay ocasiones en que estoy molesto/a porque pienso que otros están evaluando mi peso o forma física negativamente”. La respuesta para las tres versiones del instrumento se realiza a través de una escala tipo Likert, donde puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de ansiedad físico-social, salvo para los ítems 1, 2, 5, 8 y 11 en la versión de 12 ítems, para los ítems 5 y 8 en la versión de 9 ítems, y el ítem 5 para la versión de 7 ítems, los cuales están redactados en sentido inverso (e.g., “Me siento a gusto de cómo los demás aprecian la forma de mi cuerpo”).

Procedimiento

Para adaptar al contexto español los cinco ítems que no habían sido previamente utilizados en dicho contexto se usó la estrategia de traducción inversa (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013). En primer lugar, se solicitó colaboración a los diferentes centros educativos para la realización del estudio. Seguidamente se contactó con los padres-madres o tutores-tutoras legales del alumnado para informarles acerca de las características del estudio y de obtener su consentimiento informado. El alumnado que contó con el consentimiento informado por parte de sus padres-madres o tutores-tutoras legales cumplimentó un cuestionario en presencia de uno de los investigadores

participantes en el proyecto. El tiempo aproximado empleado para responder el cuestionario fue de 5 minutos.

Análisis estadístico

En primer lugar, se determinó la validez factorial de los tres modelos mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Observada la ausencia de normalidad multivariada (coeficiente de Mardia= 38.99, Razón crítica = 28.30) el AFC se realizó utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud y un procedimiento de *bootstrapping* de 5000 muestreos (Byrne, 2010). Para juzgar el ajuste del modelo factorial se utilizó una combinación de índices de ajuste: χ^2/gf (ratio entre chi-cuadrado y sus grados de libertad), CFI (*Comparative Fit Index*), IFI (*Incremental Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) más su intervalo de confianza al 90%, SRMS (*Standardized Root Mean Square Residual*), y AIC (*Akaike's information criterion*). Dado que el estadístico χ^2 es muy sensible al tamaño muestral (Jöreskog & Sörbom, 1993) se usó el cociente χ^2/gf , considerándose como aceptables valores inferiores a 5 (Bentler, 1989). Valores de CFI e IFI superiores a .95 y de RMSEA y SRMR inferiores a .08 y .06, respectivamente, se consideraron como adecuados (Hu & Bentler, 1999). Saturaciones factoriales estandarizadas iguales o superiores a .40 fueron consideradas como adecuadas (Byrne, 2010). En la comparación de modelos alternativos, se estimó como más parsimonioso aquel con menores valores de AIC, siempre que no éste no mostrase disminuciones de CFI superiores a .01 e incrementos de RMSEA superiores a .015 (Chen, 2007).

Seguidamente, se calcularon los estadísticos descriptivos y se analizó la invariancia factorial en función del género. Se realizaron varios análisis multigrupo estableciendo sucesivos modelos cuyos parámetros fueron restringidos de manera progresiva. Se asumió que la hipótesis nula de invariancia debía ser rechazada en presencia de disminuciones en los valores de CFI iguales o superiores a .01 entre los sucesivos modelos restringidos (Cheung & Rensvold, 2002). A continuación, se halló la consistencia interna empleando el coeficiente alfa de Cronbach (α) y el coeficiente Omega de McDonald (ω). Seguidamente, se halló la estabilidad temporal del instrumento empleando el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Valores de consistencia interna y estabilidad temporal iguales o superiores a .70 fueron

considerados como adecuados (Campo-Arias & Oviedo, 2008; Fleiss, 2011). Los análisis se realizaron utilizando los programas estadísticos SPSS v.21 y AMOS v.19.

Resultados

Análisis factorial confirmatorio

La tabla 1 presenta los índices de ajuste para cada uno de los modelos factoriales probados para la SPAS. De acuerdo a los criterios establecidos, la versión de 7 ítems (SPAS-7) mostró los índices de ajuste más adecuados.

Tabla 1: Índices de Ajuste para los modelos plausibles de la SPAS

	χ^2	gl	χ^2/gl	CFI	IFI	SRMR	RMSEA (IC90%)	AIC
SPAS – 12: 2 factores	218.99***	53	4.13	.920	.921	.050	.067 (.058, .076)	268.99
SPAS – 12: 1 factor	424.35***	54	7.86	.822	.823	.070	.098 (.090, .107)	472.35
SPAS – 9	161.82***	27	5.99	.913	.913	.052	.084 (.072, .097)	197.82
SPAS – 7	64.63***	14	4.63	.951	.952	.038	.072 (.054, .090)	92.63
SPAS – 6	52.92***	9	5.88	.957	.957	.039	.083 (.062, .105)	76.92

*** $p < .001$

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos, las correlaciones múltiples al cuadrado y los valores estandarizados para las saturaciones factoriales de cada ítem de la SPAS-7. La totalidad de las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ($p < .001$), oscilando entre .17 (ítem 8) y .74 (ítem 7).

Atendiendo a la baja saturación factorial mostrada por el ítem 8, se probó de manera adicional un modelo en el cual dicho ítem fue eliminado. Pese a mostrar una mayor parsimonia, los índices de ajuste de la versión compuesta por 6 ítems (SPAS-6) no mejoraron de manera significativa respecto a los mostrados por la SPAS-7 (ver tabla 1).

Análisis multigrupo de invarianza respecto al género

La tabla 3 reveló la ausencia aumentos superiores a .01 en los valores de CFI en los sucesivos modelos restringidos, mostrando por tanto evidencias del carácter invariante en función del género de la SPAS-7.

Tabla 2: Estadísticos Descriptivos y Resultados del Análisis Factorial Confirmatorio

	M	SD	G ₁	G ₂	λ	IC (95%)	SE	SMC
3.Me gustaría no estar tan nervioso por el aspecto de mi cuerpo	2.16	1.46	.94	-.59	.56***	(.48, .63)	.04	.31
4. Hay ocasiones en que estoy molesto porque pienso que otros están evaluando negativamente mi peso o forma física	1.82	1.16	1.44	1.10	.65***	(.56, .72)	.04	.42
6. Cuando hay gente me pongo nervioso por los aspectos menos atractivos de mi cuerpo	1.75	1.15	1.54	1.32	.66***	(.58, .74)	.04	.44
7. Cuando estoy con gente me siento inquieto por lo que puedan estar pensando acerca de mi cuerpo	1.76	1.11	1.48	1.32	.74***	(.67, .80)	.04	.55
8. Me siento a gusto de cómo los demás aprecian la forma de mi cuerpo (-)	2.38	1.39	.61	-.92	.17***	(.09, .26)	.04	.03
9. Me sentiría incómodo si supiera que otras personas están evaluando mi cuerpo	2.76	1.57	.25	-1.47	.45***	(.37, .52)	.04	.20
10. Cuando los demás se fijan en mi cuerpo me siento mal	1.84	1.21	1.38	.80	.63***	(.55, .71)	.04	.40

Nota. G₁= asimetría; G₂= curtosis; λ= saturación factorial estandarizada; IC (95%) = intervalo de confianza al 95% obtenido mediante la técnica de bootstrapping; SE= error estándar; SMC= correlaciones múltiples al cuadrado; (-) ítem redactado en sentido inverso.

*** $p < .001$

Tabla 3: Análisis Multigrupo de Invarianza por Género para la SPAS-7

Modelo	χ ²	gl	χ ² /gl	Δχ ²	Δgl	CFI	IFI	SRMR	RMSEA (IC90%)	AIC
M1	79.94	28	2.86	-	-	.950	.951	.030	.051 (.038, .065)	135.94
M2	89.58	34	2.64	9.74	6	.947	.947	.035	.048 (.036, .060)	133.58
M3	104.56	41	2.55	14.98*	7	.939	.937	.036	.047 (.036, .058)	134.72
M4	111.29	49	2.27	6.72	8	.940	.940	.044	.042 (.032, .053)	124.31

Nota. M1= modelo sin restricciones, M2= modelo con saturaciones factoriales invariantes; M3= modelo con saturaciones factoriales e interceptos invariantes; M4= modelo con saturaciones factoriales, interceptos, y errores invariantes.

* $p < .05$

Análisis de fiabilidad

Los resultados del análisis de fiabilidad mostraron valores de .73 (α) y .83 (ω) para la consistencia interna, y de CCI= .85 (IC 95% = .73, .91) para la estabilidad temporal.

Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar la versión y estructura factorial más adecuada de la SPAS para medir la AFS durante la adolescencia temprana en el contexto español. En general, los resultados aportaron evidencias que permiten aconsejar el uso de la versión de 7 ítems (Motl & Conroy, 2000, 2001). Pese a que existen precedentes del uso de la SPAS-7 en adolescentes en el contexto español (Sáenz-Alvarez et al., 2013), este es el primer trabajo que ha contrastado el funcionamiento de las diferentes las diferentes versiones del instrumento en dicho contexto. Además, se obtuvieron evidencias de fiabilidad para la SPAS-7 a partir de los adecuados valores de consistencia interna y estabilidad temporal obtenidos.

Los resultados sugirieron la posibilidad de eliminar uno de los ítems incluidos en la SPAS-7, en concreto, el número 8 de los propuestos en la SPAS-12 (ver tabla 2) el cual se encuentra redactado en sentido inverso. Estos resultados parecen situarse en línea con los obtenidos en anteriores estudios, en los cuales los AFC realizados revelaron un peor funcionamiento de los ítems invertidos del instrumento en cuestión (Martin et al., 1997; Motl & Conroy, 2000, 2001). Una posible explicación al mal funcionamiento del ítem redactado en sentido inverso podríamos establecerse considerando que, en ocasiones, tras la lectura de algunos ítems la persona puede asumir que aquellos situados a continuación miden un constructo similar, de manera que tienden a responder en el mismo sentido (Schmitt & Stults, 1985). No obstante, pese a que el inadecuado funcionamiento del ítem invertido ya fue evidenciado en anteriores estudios realizados en adolescentes en el contexto español utilizando la SPAS-7 (Sáenz-Alvarez et al., 2013), se ha optado por no sugerir la eliminación de dicho ítem atendiendo a dos argumentos fundamentales. En primer lugar, pese a que la SPAS-6 se mostró más parsimoniosa, los índices de bondad del ajuste de este modelo no mejoraron de manera significativa respecto a los obtenidos por la SPAS-7, los cuales resultaban ya

de por sí aceptables. En segundo lugar, partir de la versión de siete ítems no aumenta de manera significativa el tiempo de aplicación del instrumento. No obstante, se recomienda que futuros estudios que utilicen la SPAS-7 comparen con carácter previo a la realización de los análisis principales el funcionamiento de ambas versiones (i.e., incluyendo o no el ítem redactado en sentido inverso). De esta forma, si dichos análisis corroborasen el mejor funcionamiento de la versión de seis ítems respecto a la de siete, la utilización en los posteriores análisis de la versión del instrumento que solo incluye ítems redactados en positivo podría estar justificada (Hofmann, 1995).

En conclusión, los resultados obtenidos ofrecen evidencias de validez para la SPAS-7 atendiendo a su estructura factorial, nivel de consistencia interna y estabilidad temporal, y carácter invariante en función del género. No obstante, al objeto de analizar la comprensión y el ajuste que el ítem nº 8 tiene dentro del modelo unifactorial de la SPAS-7, futuros estudios deberían considerar el empleo de muestras más diversas. Atendiendo a los resultados de anteriores estudios que sugieren la existencia de un aumento progresivo de los niveles de AFS durante la adolescencia (Sabiston et al., 2014), sería de especial interés estudiar las propiedades psicométricas de la SPAS-7 empleando muestras formadas por adolescentes de mayor edad a los considerados en el presente estudio.

Referencias

- Bentler, P. M. (1989). *EQS structural equations program manual*. Los Angeles, CA: BMDP Statistical Software.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, *10*(5), 831–839.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, *14*(3), 464–504. <http://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for

- testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233–255.
<http://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902>
- Crocker, P. R., Sabiston, C. M., Kowalski, K. C., McDonough, M. H., & Kowalski, N. (2006). Longitudinal assessment of the relationship between physical self-concept and health-related behavior and emotion in adolescent girls. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 185–200.
- Eklund, R. C. (1998). With regard to the Social Physique Anxiety Scale (conceptually speaking). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 225–227.
- Eklund, R. C., Mack, D. E., & Hart, E. (1996). Factorial validity of the Social Physique Anxiety Scale for females. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 281–295.
- Fleiss, J. L. (2011). *Design and analysis of clinical experiments*. New York, NY: John Wiley & Sons. <http://doi.org/10.1002/9781118032923>
- Gallagher, R., Zelestis, E., Hollams, D., Denney-Wilson, E., & Kirkness, A. (2013). Impact of the Healthy Eating and Exercise Lifestyle Programme on depressive symptoms in overweight people with heart disease and diabetes. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(9), 1117–1124.
- Hagger, M. S., Asçi, F. H., Lindwall, M., Hein, V., Mülazimoglu-Balli, Ö., Tarrant, M., ... Sell. (2007). Cross-cultural validity and measurement invariance of the Social Physique Anxiety Scale in five European nations. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport*, 17, 703–719.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2006.00615.x>
- Hagger, M. S., Stevenson, A., Chatzisarantis, N. L., Pereira Gaspar, P., Leitão Ferreira, J., & González Ravé, J. (2010). Physical self-concept and social physique anxiety: Invariance across culture, gender and age. *Stress and Health*, 26, 304–329.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/smi.1299>
- Hamer, M., & Stamatakis, E. (2012). Low-dose physical activity attenuates cardiovascular disease mortality in men and women with clustered metabolic risk factors. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5(4), 494–499.
- Hart, E., Leary, M., & Rejeski, W. (1989). The measurement of social physique anxiety.

Journal of Sport and Exercise Psychology, 11, 94–104.

- Hofmann, R. (1995). Establishing factor validity using variable reduction in confirmatory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 55(4), 572–582.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <http://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Isogai, H., Brewer, B., Cornelius, A., Komiya, S., Tokunaga, M., & Tokushima, S. (2001). Cross-cultural validation of the Social Physique Anxiety Scale. *International Journal of Sport Psychology*, 32, 76–87.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Kraut, A., Melamed, S., Gofer, D., & Froom, P. (2003). Effect of school age sports on leisure time physical activity in adults: The CORDIS Study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 2038–42.
- Leary, M. (1992). Self-presentational processes in exercise and sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 339–351.
- Lindwall, M. (2004). Factorial validity and invariance testing of the Swedish Social Physique Anxiety Scale: Arguments for gender-specific scales. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 492–499.
- Martin, J. J. (1999). Predictors of social physique anxiety in adolescent swimmers with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 75–85.
- Martin, K., Rejeski, W., Leary, M., McAuley, E., & Bane, S. (1997). Is the Social Physique Anxiety Scale really multidimensional? Conceptual and statistical arguments for a unidimensional model. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 359–367.
- Motl, R. W., & Conroy, D. E. (2000). Validity and factorial invariance of the Social Physique Anxiety Scale. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 5, 1007–1017.

- Motl, R. W., & Conroy, D. E. (2001). The Social Physique Anxiety Scale: Cross validation, factorial invariance, and latent mean structure. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 5, 81–95. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1207/S15327841MPEE0502_2
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Petrie, T., Diehl, N., Tegers, R., & Johnson, C. (1996). The Social Physique Anxiety Scale: Reliability and construct validity. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 420–425.
- Sabiston, C. M., Pila, E., Pinsonnault-Bilodeau, G., & Cox, A. E. (2014). Social physique anxiety experiences in physical activity: a comprehensive synthesis of research studies focused on measurement, theory, and predictors and outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 7(1), 158–183. <http://doi.org/10.1080/1750984X.2014.904392>
- Sabiston, C. M., Sedgwick, W., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & Mack, D. E. (2007). Social physique anxiety in adolescence. An exploration of influences, coping strategies, and health behaviors. *Journal of Adolescent Research*, 22, 78–101. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0743558406294628>
- Sáenz-Alvarez, P., Sicilia, A., González-Cutre, D., & Ferriz, R. (2013). Psychometric properties of the Social Physique Anxiety (SPAS-7) in Spanish adolescent. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(86), 1–9.
- Schmitt, N., & Stults, D. M. (1985). Factors defined by negatively keyed items: The result of careless respondents? *Applied Psychological Measurement*, 9(4), 367–373. article.
- Scott, L., Burke, K., & Joyner, A. (2004). Examining the stability of the 7-item Social Physique Anxiety Scale using a test-retest method. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8, 57–62. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1207/s15327841mpee0802_1
- Smith, A. L. (2004). Measurement of social physique anxiety in early adolescence.

Medicine and Science in Sports and Exercise, 36, 475–483.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1249/01.MSS.0000117111.76228.BF>

Spink, K. (1992). Relation of anxiety about social physique to location of participation in physical activity. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 1075–1078.

Stamatakis, E., & Chaudhury, M. (2008). Temporal trends in adults' sports participation patterns in England between 1997 and 2006: the Health Survey for England. *British Journal of Sports Medicine*, 42(11), 901–908.

Telama, R., Yang, X., Laakso, L., & Viikari, J. (1997). Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(4), 317–323.

Thompson, A., & Chad, K. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health*, 31, 183–189. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00397-4](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00397-4)

World Health Organization. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. Geneva: WHO Library Catalogue Publication. http://doi.org/978_92_4_359997_7

¿QUÉ PERFIL DE ALUMNADO ESCOGE CURSAR LA ASIGNATURA DE EDUCACIÓN FÍSICA AL FINAL DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA POST-OBLIGATORIA? DIFERENCIAS EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES Y NO SALUDABLES

Roberto Ferriz* y Álvaro Sicilia**

**Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche. **Universidad de Almería.*

roberto.ferriz@uchceu.es

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias, en relación con conductas saludables (i.e., consumo alimentos sanos, adherencia ejercicio físico) y no saludables (i.e., consumo de tabaco, alcohol, drogas y alimentación insana) informadas, entre el alumnado que cursa la asignatura optativa de educación física (EF) y aquellos que no la cursan durante el segundo curso de bachiller. De acuerdo con la revisión de la literatura, se esperaba encontrar que los estudiantes que habían decidido cursar la asignatura de EF informaran valores más altos en todas las conductas saludables respecto a aquellos estudiantes que habían decidido no cursar la EF como optativa. Un total de 689 estudiantes (307 chicos y 382 chicas) matriculados en el segundo año de educación secundaria post-obligatoria (ESPO), con edades comprendidas entre 16 y 21 años, respondieron a dos cuestionarios sobre conductas saludables y no saludables. De acuerdo con la hipótesis planteada, los resultados de la prueba t para muestras independientes revelaron que los estudiantes que cursaban de forma optativa la asignatura de educación física durante la ESPO informaron valores más altos en adherencia al ejercicio físico respecto a aquellos que no cursaban la optativa de educación física. No obstante, los resultados no indicaron valores informados más altos para el grupo que cursaba la optatividad de EF en el resto de conductas saludables. Los resultados son discutidos en relación con la necesidad de vincular la EF a conductas saludables más allá de la adherencia al ejercicio físico.

Palabras clave: estilo de vida saludable, adolescencia, educación secundaria post-obligatoria.

Introducción

La adolescencia, es un periodo crítico para que se adquieran hábitos asociados a la salud que probablemente serán mantenidos durante la adultez (Telama et al., 2014). En España, es de destacar que a medida que los adolescentes avanzan por las diferentes etapas educativas, existe una tendencia a la disminución progresiva de hábitos de vida saludable (e.g., práctica de ejercicio físico o dieta saludable) y al incremento de las conductas que suponen un riesgo para la salud (e.g., consumo de tabaco, alcohol o drogas) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Debido a la influencia que desde el contexto educativo se tiene para promocionar la salud entre los jóvenes, la Comisión Europea (European/Commission/EACEA/Eurydice, 2013) aboga por que la asignatura de educación física (EF) sea el referente sobre el que se intervenga para fomentar un estilo de vida saludable desde la infancia hasta la adolescencia. De hecho, uno de los objetivos de la asignatura de EF es la adherencia de los jóvenes al ejercicio. A su vez, la literatura ha sugerido una relación positiva entre la práctica física o deportiva y otras conductas saludables como la alimentación sana y un menor consumo de tabaco, alcohol o drogas, entre otras conductas (Castillo, Balaguer y García-Merita, 2007; Field, Diego, y Sanders, 2001). Sin embargo, aunque se conoce la influencia positiva que la asignatura de EF tiene sobre conductas concretas (especialmente la adherencia al ejercicio físico) (e.g., ver Jaakkola, Washington, y Yli-Piipari, 2012), todavía no se ha profundizado lo suficiente sobre la asociación entre la EF y las conductas más representativas del estilo de vida (e.g., alimentación, consumo de tabaco, alcohol o drogas, entre otras) (Ferriz, González-Cutre, Sicilia, y Hagger, 2015; Sicilia, Ferriz, y González-Cutre, 2014).

La salud es un contenido que se encuentra legislado y presente en la mayoría de elementos curriculares para EF. Por otro lado, en la actualidad existe un llamamiento por parte de algunos investigadores (González, Garcés, y García, 2012; Pastor-Vicedo, Gil-Madrona, Prieto-Ayuso, y González-Villora, 2015) para aumentar las investigaciones que permitan conocer las consecuencias de la enseñanza de contenidos de salud. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar las diferencias con respecto a la adopción de conductas saludables y no saludables entre el alumnado que

curso la optativa de EF durante la ESPO y aquellos que no la cursan. En base a las evidencias previas que sugieren una influencia positiva de la EF sobre la adherencia al ejercicio físico y una relación positiva entre esta conducta con otras conductas saludables, se hipotetizó que el alumnado que escogió EF como asignatura optativa al final de la ESPO informaría de un estilo de vida más saludable que el alumnado que optó por no cursar EF.

Método

Participantes

En este estudio tomaron parte 689 estudiantes (307 chicos y 382 chicas) de segundo curso de ESPO que pertenecían a 11 centros educativos de dos ciudades españolas. Los participantes tenían edades comprendidas entre los 16 y 21 años ($M = 17.15$; $DT = .72$). Del total de participantes, 344 estudiantes (172 chicos y 172 chicas) se encontraban cursando la asignatura optativa de EF (recibiendo dos sesiones semanales de EF con una duración de 55 minutos por sesión) en el momento en el que participaron en el estudio, mientras que 345 estudiantes (135 chicos y 210 chicas) no cursaban EF.

Medidas

Conductas relacionadas con el estilo de vida. Se utilizó la versión española (Balaguer, 2002) del *Health Behavior in School-Children: A World Health Organization Cross-National Survey* (Wold, 1995). Para este estudio se han seleccionado los índices que hacen referencia a las conductas de consumo de tabaco (frecuencia semanal de consumo y número de cigarrillos por semana), alcohol (frecuencia semanal de consumo y número de veces que se ha emborrachado en su vida), drogas (número de veces que se ha probado cualquier tipo de droga y número de veces que se ha consumido en el último mes), alimentos sanos (número de veces que se consumen semanalmente alimentos como frutas, pescado, verduras, hortalizas, etc.) y alimentos insanos (número de veces que se consumen semanalmente alimentos como dulces y golosinas, bolsas de patatas, bebidas con gas, etc.). A partir de las respuestas autoinformadas de los estudiantes se calculó un índice para cada una de las conductas, con un rango que oscila de 1 a 6. Una puntuación más alta en el índice refleja que la conducta es realizada con mayor asiduidad.

Adherencia al ejercicio físico. Se empleó una adaptación al español del cuestionario de Marcus, Rossi, Selby, Niaura, y Abrams (1992), que se sustenta en el modelo transteórico del cambio conductual (Prochaska y Velicer, 1997). El cuestionario estuvo encabezado por la sentencia: “Rodea con un círculo la opción que más se adecue a tu situación actual...”, seguido de los cinco ítems que corresponden a las cinco etapas de cambio: 1) etapa pre-contemplatoria (i.e., actualmente no hago ejercicio físico y no tengo la intención de comenzar a hacerlo en los próximos 6 meses), 2) etapa contemplatoria (i.e., actualmente no hago ejercicio físico, pero estoy pensando comenzar a hacerlo en los próximos 6 meses), 3) etapa preparatoria (i.e., actualmente hago algo de ejercicio físico, pero no regularmente), 4) etapa de acción (i.e., actualmente hago ejercicio físico regularmente pero he comenzado a realizarlo hace 6 meses) y 5) etapa de mantenimiento (i.e., actualmente hago ejercicio físico regularmente y lo llevo haciendo más de 6 meses).

Procedimiento

Este estudio fue realizado con la autorización de los responsables de los centros educativos. Se solicitó el consentimiento informado de los estudiantes con la mayoría de edad y de los familiares de los participantes menores de edad. Los participantes fueron informados de que iban a tomar parte de una investigación en la que se les consultaría sobre sus clases de EF y hábitos de vida. Los cuestionarios fueron cumplimentados en el aula, durante los meses de octubre y noviembre del curso 2013/2014, y de forma anónima. Esta investigación fue aprobada por la comisión de bioética de la Universidad de Almería.

Análisis de datos

Primero, se calcularon los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) y las correlaciones bivariadas entre las variables objeto de estudio. A continuación, para conocer si existían diferencias entre las conductas de salud, se efectuó una prueba t para muestras independientes.

Resultados

Estadísticos descriptivos y análisis de correlación

La Tabla 1 presenta como las conductas saludables (i.e., alimentación sana y adherencia al ejercicio físico) presentaron una puntuación más alta que las conductas no saludables (i.e., consumo de tabaco, alcohol, drogas y alimentación insana). El análisis de correlación mostró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Por el contrario, se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre las conductas saludables informadas, aunque el tamaño del efecto fue de menor magnitud.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos y Correlaciones entre las Variables

Variables	Rango	M	DT	1	2	3	4	5	6
1. Tabaco	1-6	1.76	1.09		.37***	.57***	.01	-.03	-.11**
2. Alcohol	1-6	2.28	1.12			.38***	.13**	.00	.04
3. Drogas	1-6	1.50	1.18				.00	-.05	-.02
4. Alimentos insanos	1-6	2.59	1.18					-.04	.03
5. Alimentos sanos	1-6	4.11	1.15						.17***
6. Adherencia al ejercicio físico	1-5	3.52	1.25						

$p < .01$; ** $p < .001$ ***

Prueba T para muestras independientes

Los resultados de la prueba t para muestras independientes (Tabla 2) revelaron que los estudiantes que cursaban de forma optativa la asignatura de EF durante la ESPO obtuvieron puntuaciones más altas en adherencia al ejercicio físico ($p < .01$) y alimentación insana ($p < .05$) que el grupo de estudiantes que no cursaba la optativa de EF.

Tabla 2. Prueba T para Muestras Independientes en Función de Haber Cursado la Asignatura de Educación Física en ESOP

Variables	Rango	Educación física en ESPO		No educación física en ESPO		<i>t</i> (687)
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
1. Tabaco	1-6	1.68	1.03	1.85	1.15	-1.96
2. Alcohol	1-6	2.26	1.08	2.31	1.16	-.67
3. Drogas	1-6	1.48	1.14	1.52	1.23	-.40
4. Alimentos insanos	1-6	2.70	1.20	2.49	1.15	2.32*
5. Alimentos sanos	1-6	4.15	1.08	4.07	1.20	.97
6. Adherencia al ejercicio físico	1-5	3.69	1.28	3.36	1.20	3.48**

Nota. ESPO = Educación secundaria post-obligatoria. * $p < .05$; ** $p < .01$ **

Discusión

El objetivo de esta investigación fue analizar las diferencias en la adopción de conductas de salud entre los estudiantes que se encontraban estudiando la asignatura de EF de forma optativa durante el último curso de la ESPO y aquellos estudiantes que no estaban cursando dicha optativa. Los resultados de este estudio revelaron que los estudiantes que cursaban EF de forma optativa durante la ESPO obtuvieron, de forma estadísticamente significativa, puntuaciones más elevadas en las variables adherencia al ejercicio físico y consumo de alimentos insanos respecto al alumnado que no cursaba la asignatura durante ese mismo curso. A tenor de estos resultados, la hipótesis propuesta se cumplió parcialmente. Los estudiantes que cursaban la EF como optativa mostraron mejores valores en adherencia al ejercicio respecto a los estudiantes que no escogieron la EF como optativa. Sin embargo, los estudiantes con optatividad en EF no obtuvieron mayores puntuaciones, estadísticamente significativas, en otras conductas saludables autoinformadas.

El hecho que el alumnado que informe de un mayor nivel de adherencia al ejercicio físico sea el que participa en EF durante el último curso de la ESPO no es de extrañar si se considera que investigaciones previas (e.g., Sulz, Humbert, Gyurcsik, Chad, y Gibbons, 2010) han indicado de que este colectivo atribuye su elección a las experiencias previas positivas vivenciadas en la asignatura, a una mayor percepción de autoeficacia, a la influencia positiva de otras personas significativas o a la oportunidad de realizar actividades físicas cercanas a su comunidad. Este resultado daría apoyo a una de las finalidades de la EF, promover un estilo de vida activo entre el alumnado (Gil, Cuevas, Contreras, y Díaz, 2012). No obstante, nuevos trabajos desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa, deberían comprobar la relación de causalidad entre las razones que el alumnado argumenta para participar de forma optativa en EF y el nivel de adherencia al ejercicio físico.

Con respecto al resto de conductas de salud, es de destacar que el grupo que cursaba EF en la ESPO puntuó significativamente más alto en la conducta de alimentación insana. Además, para el resto de conductas no saludables (consumo de tabaco, alcohol y drogas) las puntuaciones estuvieron por debajo del rango medio de la escala y no se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En línea con lo hipotetizado y las evidencias previas presentadas que informaban de una

interrelación positiva entre conductas saludables, se podría haber esperado que el grupo que realizara más ejercicio físico también hubiera sido el que informara de una alimentación más saludable. Aunque se debe de considerar que los participantes de este estudio no representan al resto de alumnado que cursa de forma optativa EF, estos resultados apuntan a que sería necesaria mayor atención a la hora de trabajar otros contenidos asociados a la salud, como puede ser la alimentación. Con el objetivo de facilitar la labor de los docentes, sería trascendente obtener más evidencias que identifiquen formas eficientes de intervenir para abordar de forma conjunta la promoción de la actividad física y hábitos dietéticos saludables (Roura, Milà-Villaruel, Pareja, y Adot, 2016). Esta línea de trabajo se presentaría especialmente importante si se tiene en cuenta que entre los años 2010 y 2015 tan solo se han identificado 13 programas de intervención que aúnan la promoción del ejercicio físico y dieta saludable (Pérez-López, Tercedor, y Delgado-Fernández, 2015).

En resumen, el ejercicio físico sería la conducta saludable informada más relevante que presenta el alumnado que opta por cursar la asignatura de EF. No obstante, este alumnado no presenta mayores puntuaciones en otras conductas saludables informadas respecto a sus compañeros que no optaron por la asignatura de EF al final de la ESPO. Estos resultados sugieren que la EF puede estar más asociada a la conducta del ejercicio físico, y no tanto a otras conductas saludables, a pesar de que dentro de su currículo esta asignatura incorpora el interés por estas otras conductas. Los resultados de este estudio sugieren una carencia mayor del alumnado en conductas saludables que no están directamente asociadas al ejercicio físico. Por lo tanto, estos resultados sugieren que la asignatura de EF debería incorporar en su desarrollo una atención a conductas saludables más allá de la adherencia al ejercicio físico. En esta línea, sería también oportuno que las programaciones didácticas de la asignatura de EF abarcaran contenidos, procedimientos y actitudes hacia conductas no saludables (e.g., aprendizajes sobre las consecuencias que a nivel biológico, social y psicológico tendría adoptar una dieta no saludable, consumir tabaco, alcohol o drogas), de cara a prevenir tales conductas.

Referencias

- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Castillo, I., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de Psicología del Deporte*, 16(2), 201-210.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2010). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria (ESTUDES), 1994-2010*. Extraído desde <http://www.pnsd.msc.es>
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2013). *Physical education and sport at school in europe eurydice report*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Ferriz, R., González-Cutre, D., Sicilia, A., y Hagger, M. S. (2015). Predicting healthy and unhealthy behaviors through physical education: A self-determination theory based longitudinal approach. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 26(5), 579-592. doi:10.1111/sms.12470
- Field, T., Diego, M., y Sanders, C. E. (2001). Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *Adolescence*, 36, 105-110.
- Gil, P., Cuevas, R., Contreras, O. R., y Díaz, A. (2012). Educación física y hábitos de vida activa: percepciones de los adolescentes y relación con el abandono deportivo. *Aula Abierta*, 40(3), 115-124.
- González, J., Garcés, E., y García, A. (2012). Indicadores de bienestar psicológico percibido en alumnos de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 183-187.
- Jaakkola, T., Washington, T., y Yli-Piipari, S. (2012). The association between motivation in school physical education and self-reported physical activity during finnish junior high school: A self-determination theory approach. *European Physical Education Review*, 19, 127-141. doi: 10.1177/1356336X12465514
- Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S., y Abrams, D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11(6), 386-395.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010)*. Extraído desde <http://www.msssi.gob.es>
- Pastor-Vicedo, J. C., Gil-Madrona, P., Prieto-Ayuso, A., y González-Villora, S. (2015). Los contenidos de salud en el área de educación física: análisis del currículum vigente. *Retos*, 28, 134-140.

- Pérez-López, I. J., Tercedor, P., y Delgado-Fernández, M. (2015). Efectos de los programas escolares de promoción de actividad física y alimentación en adolescentes españoles: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 534-544.
- Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Roura, E., Milà-Villarroel, R., Pareja, S. L., y Caballero, A. A. (2016). Assessment of eating habits and physical activity among Spanish adolescents. The "Cooking and active leisure" TAS Program. *PLOS one*, 11(7), e0159962. doi: 10.1371/journal.pone.0159962
- Sicilia, A., Ferriz, R., y González-Cutre, D. (2014). Relación entre la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas durante la educación física recibida en la educación secundaria obligatoria y las conductas saludables al inicio del bachillerato. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36(2), 59-74.
- Sulz, L. D., Humbert, M. L., Gyuresik, N. C., Chad, K. E., y Gibbons, S. L. (2010). A student's choice: Enrollment in elective physical education. *PHENex Journal*, 2(2), 1-17.
- Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpaa, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T., ... Raitakari, O. T. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(5), 955-962. doi: 10.1249/MSS.0000000000000181.
- Wold, B. (1995). *Health Behavior in School-Children: A WHO Cross-National Survey*. Noruega: University of Bergen.

**LAS CRISIS COMO PERIODOS PROCLIVES AL CAMBIO.
UNA REVISIÓN DEL CONCEPTO DE CRISIS Y DE SUS
IMPLICACIONES EN EL DEPORTE**

Daniel Martínez Luque y Antonio Molina Moreno

Universidad de Almería

daniml93@gmail.com

Resumen

El presente trabajo desarrolla una revisión sobre las implicaciones de las crisis en contextos deportivos y de actividad física. En primer lugar, se recogen algunas muestras bibliográficas de los documentados beneficios del deporte, para después mostrar el papel de las crisis en contextos deportivos y de actividad física. En segundo lugar, se realiza un análisis exhaustivo de las consideraciones históricas y actuales del concepto de crisis, recogiendo a su vez su origen etimológico. A la par de este análisis, se proponen algunas matizaciones terminológicas del concepto, con objeto de arrojar luz en contextos verbales donde las crisis han adquirido nuevas connotaciones. En tercer lugar, se examinan algunas propuestas que versan sobre la estructura de los procesos de crisis en el individuo, extrapolarlo a las dinámicas del deportista. En cuarto y último lugar, se concluye el presente trabajo recogiendo la posible utilidad de las situaciones de crisis para las personas que desarrollan actividades físicas y deportivas.

Palabras clave: crisis; acontecimiento traumático; deporte; actividad física

1. INTRODUCCIÓN: LAS CRISIS EN EL DEPORTE

El presente trabajo desarrolla una línea de investigación de carácter teórico, la cual pretende acercar tanto a la comunidad científica como a las personas que desarrollan actividades físico-deportivas a las consideraciones relacionadas con el concepto de crisis. Así pues, no es pretensión del presente trabajo proclamar la definición correcta de las crisis, ni tampoco se pretende aquí abordar los paradigmas de intervención y tratamiento en las crisis deportivas. La finalidad última del trabajo va a consistir en aportar al lector una serie de claves para comprender el concepto de *crisis* y conocer a su vez su papel en el deporte.

No cabe duda de que la literatura reciente ha probado de manera consistente la relación entre la actividad física y numerosos efectos beneficiosos para la salud biopsicosocial del individuo (OMS, 1986; Alfermann y Stoll, 2000; Fox, 2000a). Algunos de estos beneficios son:

1. Efectos sobre la salud física: prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares (Bouchard y Despres, 1995; Lowther y cols., 1999; Manson y cols., 1999), prevención y tratamiento de la obesidad (Prentice y Jebb, 1995; Fogelholm y cols., 2000; Katzmarzyk y cols., 2003; Scheen, 2004).
2. Efectos sobre la salud mental: prevención y componente del tratamiento de la ansiedad y la depresión (Biddle y cols., 2000; Lawlor y Hopker, 2001; Dunnet *al.*, 2001, Kull, 2002), mejora de la autoeficacia y competencia percibida (Márquez, 1995; Fox, 2000b), mejora de la autoestima (Lindwall y Hassmen, 2004; Mañano, Ninot y Bilard 2004; Moreno y Cervelló, 2005; Moreno, Cervelló, Veray Ruiz, 2007).
3. Efectos sobre la salud social: integración social de colectivos en riesgo de exclusión (Collingwood, 1997; Jiménez, 2000; Lawson, 2000), aumento del número y mejora de la calidad de las interacciones sociales (Teixeira y Kalinoski, 2003; Gimeno, 2003).

Sin embargo, el deporte y la actividad física no sólo producen efectos beneficiosos para el individuo. Como en el común de las actividades de la vida diaria, el deportista puede verse expuesto a determinadas situaciones adversas o estresantes, situaciones que si se desarrollan bajo una serie de condiciones, cuentan con el potencial

de generar periodos desestabilizantes en la persona (Cecchini, González, Carmona y Contreras, 2004). Factores como la competición o la posibilidad de fallar/perder hacen del contexto deportivo un escenario propicio tanto para disfrutar de los beneficios anteriormente mencionados como para experimentar situaciones de dificultad e inclusive, periodos de crisis.

Para el interés concreto del presente trabajo, se propone una clasificación de las principales situaciones relacionadas con el deporte que la literatura considera como factores precipitantes de crisis. A modo didáctico, esta clasificación categoriza las situaciones en tres ámbitos distintos. No obstante, cada dimensión no debe considerarse como un compartimento estanco aislado de las otras dos, pues tanto la bibliografía como la experiencia individual del deportista confirman la interdependencia de estos ámbitos entre sí.

- 1) En el plano deportivo: *circunstancias situacionales del juego* (Bar-Eli, Avugos y Raab, 2006; Carron, Loughhead y Bray 2005; Gómez Ruano et al., 2007), *empobrecimiento del rendimiento, crisis de resultados o no-cumplimiento de los objetivos fijados* (Roffé, 2002), *sobre-entrenamiento* (Armstrong y VanHeest, 2002; González-Boto, Molinero y Márquez, 2006).
- 2) En el plano físico-fisiológico: cualquier alteración orgánica que afecte al rendimiento deportivo, aquí se incluyen las *lesiones* y las *enfermedades orgánicas* (Cook et al., 2003)
- 3) En el plano psicológico: *pérdida de confianza* (Cecchini, González, Carmona, Arruza, Escartí y Balagué, 2001) *pérdida de auto-estima* (Cecchini, González, Carmona y Contreras, 2004), *crisis de sentido motivacional* (Garcés y Jara, 2002), *burnout por estrés competitivo* (Brandão, Valdés, Machado, y Ramires, 2006), *ansiedad ante determinadas situaciones de juego* (Román y Savoia, 2003), *procesos depresivos relacionados con acontecimientos vitales que no están relacionados directamente con la competición*.

Como podrá comprobar el lector, la literatura ya recoge algunos ejemplos de situaciones de carácter desestabilizante. Esta clasificación ni mucho menos agota las situaciones con capacidad de generar periodos de crisis en la persona y además,

tampoco pone en relación los elementos situacionales del contexto deportivo con las características, recursos o habilidades propias del individuo. No obstante, consideramos a esta clasificación como un buen punto de partida sobre el que categorizar situaciones de crisis en el deporte y ampliar nuestro conocimiento sobre ellas.

En definitiva, como acontecimientos inherentes a las dinámicas de la condición humana, las crisis adquieren una importancia vital para todo aquel que las experimenta en primera persona. Tanto aquellos que practican deporte competitivo, como aquellos que lo realizan por ocio, pueden encontrarse ante periodos en los que se desestabilizará el nivel de funcionamiento normal al que están acostumbrados. Es por eso que resulta necesario un análisis exhaustivo y pormenorizado del concepto y significado de las crisis, así como de las implicaciones deportivas y psicológicas que se desprenden de estas experiencias.

2. OBJETIVOS:

- Revisar la bibliografía que estudia las situaciones de crisis en el contexto deportivo y de la actividad física.
- Analizar las distintas concepciones de las *crisis* utilizando como base su sentido etimológico.
- Analizar la estructura y dinámica interna de los procesos de crisis en el deporte.

3. DESARROLLO DEL TEMA

3.1. Algunas acotaciones en la definiciones del concepto de crisis

En determinados contextos verbales, puede observarse una tendencia a equiparar los procesos de crisis con la cara negativa que pueden acarrear. Esto es, a igualar las crisis, únicamente, con experiencias devastadoras o de sufrimiento. Por el contrario, en otros contextos verbales más relacionados con la Psicología Positiva y la motivación empresarial, puede observarse una reacción conceptual ante esa conceptualización de las crisis y los acontecimientos traumáticos, como experiencias de vulnerabilidad, que predisponen al individuo a riesgos psicosociales futuros.

Los profesionales asentados en este movimiento, manifiestan que la psicología tradicional ha ignorado la cara positiva de los acontecimientos traumáticos (Vera y Vecina, 2006). Asimismo, Bonnano (2004) afirma que los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse. Vera, Carbelo y Vecina (2006) no excluyen la gravedad y el horror contenidos en este tipo de vivencias, enfatizando al mismo tiempo en la oportunidad que suponen para volver a construir una forma de entender el mundo y un nuevo sistema de valores.

Así pues, desde esta corriente de pensamiento, se ha producido una evolución en el significado y las implicaciones de los procesos de crisis, los cuales son entendidos ahora como oportunidades para cambiar y fortalecerse. Esta acepción del concepto de crisis ha sido un recurso frecuentemente utilizado en los discursos de grandes figuras mundiales, como por ejemplo, W. Churchill, R. Nixon o el mismo John F. Kennedy (Zimmer, 2009) *quien en uno de sus discursos militares pronunció el siguiente enunciado: “En el lenguaje chino, la palabra crisis se compone de dos caracteres, uno representa “peligro”, y el otro, “oportunidad”.* Como se verá posteriormente, esta interpretación del lenguaje chino ha generado gran controversia en los ámbitos especializados en la filología del lenguaje chino. Por ejemplo, en opinión de Victor Mair (2005), “dicha interpretación puede estar fomentando un pensamiento confuso que resulta peligroso para la sociedad, en tanto que anima a la gente a adoptar una actitud positiva ante las crisis, que puede no ser la más realista y racional para resolver aquella.”

La línea de pensamiento que sigue este trabajo no pretende equiparar de un modo unívoco a los procesos de crisis con oportunidades para el cambio y el crecimiento personal, o por el contrario, con experiencias precursoras de determinada psicopatología. Nuestra perspectiva en el entendimiento de los procesos de crisis está más próxima a su sentido etimológico que a cualquiera de los sentidos anteriores. Así pues, en el presente trabajo las crisis son entendidas como periodos de agitación proclives a generar cambios en diferentes sistemas (como por ejemplo, el económico, el sociopolítico, el comunitario, el familiar, el individual, el de creencias y valores, en el propio medio interno del organismo y por supuesto, en el ámbito deportivo), tanto en una dirección perjudicial como en una dirección beneficiosa. En efecto, el elemento

distintivo de los periodos de crisis consistiría en que los cambios que introducen, tendrían la capacidad de resquebrajar el nivel de funcionamiento normal del sistema en cuestión, produciendo en este un estado caótico o de desorganización del que se desconocen las consecuencias inmediatas que generarán esos cambios.

3.2. Orígenes etimológicos del concepto de crisis

La etimología original de la palabra *crisis* se aleja del uso cotidiano actual y se aproxima más a la experiencia de un cambio de gran envergadura. Segura-Munguía (2004) registra dos raíces etimológicas para la palabra crisis. La primera de ellas hace referencia al sustantivo del antiguo griego denominado “*krísis*”, el cual es traducido como “decisión” o “juicio”, y cuyo verbo se denomina “*krínō*”, traducido como “discernir” o “juzgar”. El mismo Hipócrates utilizaba este término para referirse al momento en el que una enfermedad cambia su curso, bien para una mejoría o fortalecimiento o bien, para un empeoramiento o muerte del enfermo (González, 2001). La segunda raíz etimológica de *crisis* se ubica en el latín y se corresponde con la palabra “*cernō, -ere*”, traducida como “separar” o “distinguir”. El significado de esta palabra hacía referencia al momento decisivo o crucial de un asunto (Segura-Munguía, 2004).

Como se venía comentando anteriormente, la supuesta etimología china de crisis es una cuestión que ha suscitado gran controversia entre los filólogos occidentales. Dichapolémica tiene que ver con el pictograma chino de crisis, el cual estaría compuesto por dos vocablos: *wei-* (peligro) y *ji-* (*oportunidad*) (Greene, Lee, Trask, & Rheinscheld, 2000). Algunos filólogos especializados en el lenguaje chino, como es el caso Victor Mair (2005) han tachado esta interpretación de crisis como una falacia etimológica, aludiendo a que el vocablo *ji-*, adopta significados tan variados como “máquina”, “incidente”, “avión”, “oportunidad” y/o “secreto”.

En cualquier caso, etimológicamente hablando, el uso de la palabra *crisis* está relacionado con un evento o periodo que por su gran magnitud, alteraría el curso normal de los acontecimientos; esto es, que interrumpiría o modificaría los parámetros de funcionamiento más usuales del proceso en cuestión. En este mismo sentido, Báez (2012) define las crisis como “mutaciones importantes en el desarrollo de los procesos, ya sean de orden fisiológico, psicológico o macroeconómico”.

3.3. Consideraciones recientes del concepto de crisis

La mayoría de los investigadores relacionados con este ámbito de estudio clasifican las crisis en tres categorías: crisis del desarrollo, crisis por una determinada pérdida personal y crisis por trauma, relacionadas con situaciones de violencia, suicidio, enfermedades severas, etc. (Golan, 1978; Erikson, 1963).

En referencia a las *crisis del desarrollo*, son de sobra conocidos los retos o desafíos que se le plantean al individuo cuando éste va recorriendo sucesivamente las distintas etapas de su ciclo vital. Asimismo, existen toda una serie de acontecimientos vitales que pueden constituirse como precursores de una determinada crisis evolutiva.

Uno de los exponentes ya clásicos de este ámbito de estudio es Erik Erikson. Este autor elaboró una teoría del desarrollo compuesta por ocho estadios psicosociales que abarcan la totalidad del ciclo vital, en la cual el éxito o fracaso en la superación de cada crisis evolutiva generaría una gran impronta en todos los ámbitos del individuo; especialmente sobre el desarrollo del “yo” y sobre los procesos afectivos, cognitivos y comportamentales asociados (Bordignon, 2005). Para cada uno de los ocho estadios psicosociales, Erikson (1985, p.52) atribuyó una determinada crisis del desarrollo o crisis evolutiva, en las que estarían enfrentadas dialécticamente las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidades). Las crisis del desarrollo son entendidas como momentos críticos en el paso de un estadio psicosocial a otro, como parte de un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las mismas estructuras operacionales (Erikson, 1987) (p. 96). De la resolución adaptativa de la crisis, emana una potencialidad o virtud específica de esa fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio (Bordignon, 2005).

Dentro de la literatura de la Psicología Traumática, podemos encontrar diferentes definiciones de crisis que enuncian este tipo de experiencias como asuntos críticos o problemas aún sin resolver. En efecto, Bonanno, Pat-Horenczyk y Noll, (2011) definen las crisis como “problemas que la persona no puede traspasar y que no puede resolver a corto plazo, utilizando las estrategias habituales.” Participe de esta misma línea de pensamiento, Caplan (1961), uno de los principales fundadores de la Psiquiatría

Comunitaria definió las crisis como “obstáculos que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no pueden ser superados mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”. En un trabajo posterior, el mismo Caplan (1964) definió las crisis como “periodos de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias peligrosas; que por el momento no pueden resolver”. En el mismo sentido, James y Gilliland (2005) definen las crisis psicológicas como “eventos o situaciones percibidos con una dificultad intolerable, que sobrepasa las estrategias de afrontamiento y los recursos personales disponibles.” En dicha definición, estos autores incorporan la vivencia subjetiva del individuo para considerar que la crisis se ha constituido como tal. El pensamiento de asumir la génesis de una crisis personal tras la exposición del individuo a una experiencia en apariencia traumática puede no ser el más adecuado para la práctica del profesional en cuestión, tanto del contexto deportivo como clínico. Un evento que precipita una crisis en una persona, no necesariamente lo hará en otra (Benveniste, 2000). Por lo que, contar con la experiencia interna de la persona para la definición de la crisis, puede resultar algo más que aconsejable para el profesional que asiste dicho proceso. Bajo un prisma similar, González (2001) señala a la “convicción interna de que la situación es insostenible” como el elemento distintivo de las crisis. Esta convicción se vería acompañada de cierta motivación hacia el cambio o transformación de la adversidad de la situación.

3.4. Deporte y dinámica de las crisis: trauma, respuesta y efectos

Caplan (1974) propuso una serie de fases secuenciadas sobre las que irían transcurriendo las crisis psicológicas. La primera fase, haría referencia a un *impacto agudo*, que ocurre de manera súbita y que produce una gran conmoción interna en la persona. Por ejemplo, un “mal resultado” en una prueba clasificatoria de competición. La segunda fase se corresponde con una *desorganización crítica*, en la cual el individuo constata la falta de eficacia de sus recursos personales para resolver esa experiencia perturbadora por lo que se producen sentimientos relacionados con el desamparo, la indefensión y la búsqueda de ayuda. Siguiendo con el ejemplo anterior, el deportista pueda replantearse la eficacia del entrenamiento que ha venido realizando hasta el momento, en relación a esto puede incluso que intente trazar un cambio en las rutinas de entrenamiento, el impacto del no-complimiento de los objetivos marcados (Roffé, 2003) hará titubear sus motivaciones o aspiraciones sobre la competición, por lo que se

encuentra ante un periodo crítico. Como se comentaba anteriormente, la palabra crítico, con raíz en el lenguaje griego antiguo, su componente léxico se denominado “*krimein*”, el cual se traduce como separar o decidir. Por esta razón, se considera el sentido etimológico de *crisis* como una clave fundamental para un manejo riguroso del término. La tercera fase se corresponde con una *resolución*. En caso de que las estrategias de afrontamiento del individuo tuvieran éxito en su empresa de reducir el malestar, la crisis, en principio, no llegaría a constituirse la crisis como tal. Dicho de otro modo, esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, puede significar la consolidación y perpetuación de una serie de mecanismos desadaptativos de evitación y retraimiento (González, 2001). En el ejemplo anterior, la persona habría tenido éxito implementando toda una serie de ajustes en sus entrenamientos, rutinas psicológicas y hábitos de vida. En la cuarta y última fase, *retirada final*. Si de una manera u otra, el individuo no ha encontrado medios personales para aminorar el estrés o el sufrimiento propio de su crisis, llega a un estado de intenso agotamiento. En dicho estado, la persona puede optar por la evitación extrema del contexto deportivo; es decir, considerar el cese de la competición como única salida posible ante su situación.

4. CONCLUSIONES FINALES: IMPLICACIONES DE LAS CRISIS PARA EL DEPORTISTA

Tras haber recorrido las distintas consideraciones sobre las situaciones de crisis, le dejamos espacio al lector para que dote de un sentido propio el significado de las crisis. Como se comentaba anteriormente, nuestra concepción de las situaciones de crisis se encuentra cercana a procesos en los que se rompe la continuidad habitual del asunto en cuestión, dicha ruptura abriría espacio a procesos de cambio en distintas direcciones.

Las implicaciones del presente trabajo para el deportista consistirían en considerar las crisis como una parte indisoluble de las dinámicas deportivas y por ende, vitales. Entender las crisis como procesos de cambio, en los que la configuración antigua dará paso a una nueva configuración proporciona a los deportistas y a los

profesionales que trabajan con ellos un contexto psicológico saludable, en el que canalizar la frustración y el sufrimiento hacia horizontes deportivos más valiosos o nutritivos.

Un fragmento de la obra del psiquiatra austriaco, fundador de la logoterapia, Viktor Frankl (1962), puede aportar unas interesantes nociones sobre las crisis y el sufrimiento:

La desesperanza se define como sufrimiento sin propósito. En la medida en la que un individuo no puede encontrar ningún propósito en su sufrimiento, se hará más proclive a vivenciar el sentimiento de desesperanza, e incluso, al suicidio. En el momento en el que puedan ver un sentido a su sufrimiento, pueden moldearlo en un logro. Pueden convertir sus tragedias en triunfos personales.

A modo de conclusión final, un buen ejemplo de lo dicho a palabras de V. Frankl sería la competición paralímpica, que aglutina a un amplio grupo de personas que han sabido salir fortalecidas de una situación de dificultad, como puede ser la de padecer alguna limitación física, mental o sensorial.

5. REFERENCIAS

- Alfermann, D. y Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30, pp. 47–65.
- Armstrong, M. H. y VanHeest, J. L. (2002). The Unknown Mechanism os the overtraining syndrome. Clues from depression and psychoneuroimmunology. *Sports Medicine*, 32, 185-209
- Báez, J. (2012). Normalidad, anormalidad y crisis. Tesis Psicológica. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139026418011>>ISSN 1909-8391
- Bar-Eli, M., Avugos, S. y Raab, M. (2006). Twenty years of “hot hand” research: review and critique. *Psychology of Sport and Exercise*, 7 (6), 525-553.
- Biddle, S. J. H.; Fox, K. R. y Boutcher, S. H. (2000). Physical activity and psychological well-being. Londres: Routledge.

- Bouchard, C. y Despres J.P. (1995). Physical activity and health: atherosclerotic, metabolic, and hypertensive diseases. *Research Quarterly in Exercise and Sports*, 66, 268-275
- Brandão, M. R., Valdés, H., Machado, A. A. y Ramires, A. (2006). Percepción del estrés competitivo y cultural en futbolistas profesionales de Brasil y Portugal. *Revista de Psicología del Deporte*, 15 (2) 201-217.
- Carron, A. V., Loughhead, T. M. y Bray, S. (2005). The home advantage in sport competitions: *Journal of Sports Sciences*, 2 (4), 395-407.
- Cecchini J.A., González, C., Carmona, A., Arruza, J., Escartí, A. y Balagué, G. (2001). The Influence of the Teacher of Physical Education on Intrinsic Motivation, Self-Confidence, Anxiety, and Pre- and Post-Competition Mood States. *European Journal of Sport Science*. 1, 4 -22
- Cecchini J.A., González, C., Carmona, A. y Contreras, O. (2004). Relaciones entre clima motivacional, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes deportistas. *Psicothema*. 16 (1), pp. 104-109
- Collingwood, T. (1997). Providing Physical Fitness Programs to At-risk Youth. *ProQuest*, 49, pp. 67-84.
- Dunn, A. L.; Trivedi, M. H. y O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33; pp. 587-597.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York-London: W.W. Norton & Company
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires. Paidós. Pp. 52
- Erikson, E. H. (1987). *Identidad: juventud y crisis*. Ediciones Paidós.
- Fogelholm, M.; Kukkonen, M. y Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain: a systematic review. *Obesity Review*, 1, 95-111.

- Fox, K.R. (2000a). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228–240.
- Fox, K.R. (2000b). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S.J.H. Biddle, K.R. Fox y S.H. Boutcher (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-Being*. (pp. 88-118). Londres: Routhledge
- Garcés, E., y Jara, P. (2002) Agotamiento emocional y sobreentrenamiento: burnout en deportistas. En A. Olmedilla, *Manual de Psicología del Deporte*, pp. 337-349.
- Gimeno, F. (2003). Descripción y evaluación preliminar de un programa de habilidades sociales y de solución de problemas con padres y entrenadores en el deporte infantil y juvenil. *Revista de Psicología del Deporte*, 12 (1), 67-80.
- Gómez Ruano, M. A., Lorenzo, A., Ortega, E. y Olmedilla, A. (2007). Diferencias en los indicadores de rendimiento en baloncesto femenino entre ganadores y perdedores en función de jugar como local o como visitante. *Revista de Psicología del Deporte*, 16 (1), 45-51.
- González-Boto, R., Molinero O. y Márquez, S. (2006). El sobentrenamiento en el deporte de competición: implicaciones psicológicas del desequilibrio entre entrés y recuperación. *Ansiedad y Estrés*. 12(1), 99-115.
- Greene, G. J., Lee, M., Trask, R., & Rheinscheld, J. (2000). How to work with clients' strengths in crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (pp. 31–55). Oxford, UK: Oxford University Press.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2005). *Crisis intervention strategies*. Belmont, CA: Thomson.
- Jiménez Martín, P. (2000). *Modelo de Intervención para educar en valores a jóvenes en riesgo a través de la actividad Física y el deporte*. Tesis Doctoral, Universidad Politécnica de Madrid. Departamento de Física e Instalaciones aplicadas a la Edificación, al Medio Ambiente y al Urbanismo.
- Katzmarzyk, P. T., Leon, A. S., Wilmore, J. H., Skinner, J. S., Rao, D. C., Rankinen, T., Bouchard C. (2003). Targeting the metabolic syndrome with exercise: evidence

- from the HERITAGE Family Study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 1703-1709.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility aged women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 12, pp. 241-247
- Lawlor, D. A. y Pocker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 1-8.
- Lawson, H. (1997). What we know about undeserved youth. Children in crisis, the helping professions, and the social responsibilities of universities. *ProQuest*, 49, pp. 8-33.
- Lindwall, M. y Hassmen, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings in Swedish university students. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 14, pp. 373-380.
- Lowther, M.; Mutrie, N.; Loughlan, C. y McFarlane, C. (1999). Development of a Scottish physical activity questionnaire: a tool for use in physical activity interventions. *British Journal of Sports Medicine*, 33, pp. 244-249
- Mair, Victor H. (2005). "Danger + opportunity ≠ crisis: How a misunderstanding about Chinese characters has led many astray". pinyininfo.com
- Mañano, C., Ninot, G. y Bilard, J. (2004). Age and gender effects on global self-esteem and physical self-perception in adolescents. *European Physical Education Review*, 10, 53-69.
- Manson, J. E.; Hu, F. B. y Rich-Edwards, J. W. (1999). A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 341, 650-658.
- Márquez, S (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 185-206.

- Moreno, J.A. y Cervelló, E. (2005). Physical self-perception in Spanish adolescents: Effects of gender and involvement in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 48, 291-311.
- Moreno, J.A., Cervelló, E., Vera, J.A. y Ruiz, L.M. (2007). Physical self-concept of Spanish school children: Differences by gender, sport practice and levels of sport involvement. *Journal of Education and Human Development*, 1, pp. 1-17.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. En: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa, Canadá.
- Prentice, A. M. y Jebb, S. A. (1995). Obesity in Britain: gluttony or sloth. *British Medical Journal*, 311, 437-439.
- Roffé, M. (2002). *Las presiones de los futbolistas de elite, ¿son controlables?* Comunicación presentada al I Congreso Internacional de Fútbol, Salamanca, España.
- Román, S. y Savoia, M. G. (2003). Pensamientos automáticos e ansiedad en un grupo de jugadores de fútbol de campo. *Psicología: Teoría e Práctica*, 5 (2), 13-22.
- Scheen, A. J. (2004). Management of the metabolic syndrome. *Minerva Endocrinology*, 29, 31-45.
- Teixeira, C. y Kalinoski, S. (2003). La importancia del deporte como factor social en las matrículas en escuelas deportivas de la administración pública de Pindamonhangaba - Brasil. *EFDEPORTES*, revista digital. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/> Año 9 - N° 60.
- Zimmer, B. (2007). "Crisis = danger + opportunity: The plot thickens". *Language Log*.

Ocupación de ocio para un envejecimiento activo de calidad

José M. Aguilar-Parra, José J. Lorenzo-Torrecillas, Juan M. Fernández-Campoy, Darío Salguero, Rubén Trigueros, y Remedios López-Liria

Universidad de Almería

jmaguilar@ual.es

Resumen

El ocio ha ido ocupando un lugar cada vez más importante en la vida de las personas, sobre todo en las personas mayores después de la jubilación, momento en el se encuentran con gran disponibilidad de tiempo libre. Es importante que ese tiempo se invierta de manera adecuada para que se mantengan activos. Este estudio trata de establecer una base teórica sobre la que se asientan los programas de ocupaciones de ocio de las personas y mostrar cuáles son los beneficios para la salud de este colectivo de desarrollar un envejecimiento activo basado en la realización de actividades de ocio, incluyendo la actividad física como una de las ocupaciones más determinantes. Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía sobre la temática referida a ocupación de ocio para un envejecimiento de calidad. Para ello se han consultado las bases de datos de Dialnet, Scopus y Web of Science. Los distintos estudios revisados muestran que desarrollar diversas ocupaciones de ocio favorece una mejora de la salud y de la calidad de vida de la persona mayor. La actividad física se presenta como la actividad de ocio más investigada como determinante de la salud y la calidad de vida del mayor, no obstante, muchas otras ocupaciones de ocio, también contribuyen a desarrollar un envejecimiento activo con los beneficios que ello conlleva.

Palabras clave: Ocupación de ocio, actividad física, salud, calidad de vida, personas mayores, envejecimiento activo.

"El ocio no es sólo un componente de la calidad de vida, sino la esencia de ella"

John Neulinger

Introducción

Siguiendo a García (2002) se puede señalar que aproximadamente desde mediados del siglo XX, en las sociedades desarrolladas el ocio ha ido ocupando un lugar cada vez más importante en la vida de las personas. El aumento considerable experimentado en las condiciones de vida, junto con el destacado incremento del nivel educativo, y una disminución del tiempo total dedicado al trabajo, han contribuido considerablemente a ampliar la posibilidad de disponer de tiempo libre y de tomar parte en este tipo de actividades (San Martín, 1997). Así, el ocio, anteriormente reservado a una minoría, ha alcanzado a colectivos sociales cada vez más amplios.

En la actualidad, las personas mayores, tras la jubilación cuentan con más tiempo de ocio que les permite disfrutar de diversas actividades. No obstante, estas sector de población, desempeña pocas actividades de ocio, puesto que después de abandonar su tarea laboral (trabajo remunerado) y las personas que se encargan de las tareas del hogar (que tras haber criado a los hijos y de éstos haber abandonado el hogar) se liberan de algunas ocupaciones que le permiten disponer de un mayor tiempo para desarrollar ocupaciones de ocio; pero no lo hacen porque se sienten mayores, se aíslan porque creen no ser ya productivos. La mayoría prefieren desempeñar ocupaciones sedentarias como ver la televisión.

Por lo que es posible afirmar que este tema está rodeado de ciertos mitos y prejuicios que hacen ver la vejez como algo peyorativo y con una imagen negativa de la misma, que junto a los pobres niveles socioeconómicos de algunas personas mayores, hacen que la persona no se crea con derecho a disfrutar de su tiempo de ocio. Tal y como afirma Pacheco (2002) ser viejo reporta características negativas como trasto, problema, inutilidad; vejez es enfermedad, incapacidad, dependencia, pérdida, impotencia. El primer impacto del envejecimiento para el individuo es la pérdida de sus papeles sociales y el vacío experimentado por no encontrar nuevas funciones. Por lo que como señala Lehr (1993), la longevidad y la vejez, no se debe mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. De forma que la persona mayor debe

aprovechar el tiempo libre del que dispone tras la jubilación para disfrutar de su tiempo de ocio.

Se debe aclarar que entendiendo el tiempo de ocio como el tiempo disponible exento de deberes y obligaciones porque, tal y como apostilla Fernández-López (1996), evidentemente, también las personas mayores jubiladas viven con deberes y obligaciones, es decir, no disponen de un tiempo libre ilimitado, contrariamente a lo que pudiera pensarse. Si es cierto que la persona jubilada posee más tiempo libre que la persona que trabaja, pero este tiempo adicional ¿es tiempo libre? Por ejemplo las mujeres que ya no trabajan o que ya no tienen hijos a su cargo, ahora siguen teniendo las tareas de ama de casa, aunque ya en algunos casos los hombres realizan esas tareas de forma equitativa, aunque en un número de casos mínimo. Fernández-López (1996) señala que según varias investigaciones, las personas jubiladas poseen alrededor de 6,5 horas de tiempo libre los días laborales, indicando que su tiempo de ocio coincide generalmente con la segunda parte de la mañana, la tarde y la noche. Fernández-López (1996) señala que la ocupación de ocio es una cuestión social, cultural y generacional. Asimismo el mismo autor señala que la intervención psico gerontológica debe ofrecer una mejor formación profesional para el ocio, al igual que aprendizajes de habilidades concretas para un retiro productivo, sano y dinámico. La importancia de esto es aun mayor por cuanto los avances de la medicina preventiva están produciendo, no sólo un aumento en la esperanza de vida, sino también mayores posibilidades de vivir mejor y en mejores condiciones.

García (2002) afirmó que el concepto de ocio desempeñó un papel básico en los sistemas de pensamiento de filósofos como Platón o Aristóteles. Es este autor quien recoge en su *Ética* a Nicómaco, que todo en esta vida es relativo al ocio, siendo el objetivo de todo comportamiento humano, afirmando que: “Del mismo modo que se hace la guerra para tener paz, la razón por la que se trabaja es para obtener ocio”. Éste juega un importantísimo papel en el pleno desarrollo del hombre.

De Grazia (1964, citado en García, 2002) define el ocio como aquella actividad que contiene en sí misma la finalidad de su realización, sin que la persona que la lleva a cabo la utilice de manera propositiva para la obtención de otro beneficio que no sea ese. San Martín, López y Esteve (1999), en un interesante trabajo de delimitación del

concepto de ocio, añaden a la dimensión de “Finalidad”, la de “Nivel de Esfuerzo”, lo que permite incluir bajo este nombre actividades que van desde aquéllas donde predomina la relajación y escasa activación, hasta otras en las que el componente de disciplina, reto y superación personal ocupa un lugar destacado. Estas últimas entrarían dentro del denominado “ocio serio” (Stebbins, 1992, 1997). John Neulinger (1974) incorpora la noción de libertad en la acotación del concepto de ocio. Para este autor, cuando una actividad es libremente elegida por la persona, y se lleva a cabo sin tener otro propósito adicional distinto a la propia satisfacción que supone realizarla, esta actividad puede considerarse como ocio. O, como afirman Csikszentmihalyi y Kleiber (1991), la actividad llega a ser “*autotélica*”, es decir, tiene como única finalidad ella misma. Neulinger (1974) ofrece una definición comprehensiva de ocio que contiene las tres dimensiones fundamentales que delimitan este concepto: grado de libertad en la elección, motivación intrínseca-extrínseca y orientación instrumental-final. Ejes que remarcan su carácter subjetivo y que advierten la notable influencia de los factores culturales en la clasificación de una actividad dentro de la categoría de “ocio”.

De lo anterior, siguiendo al mismo autor, se deduce que hay una gran diversidad de actividades que pueden incluirse dentro de la categoría general de "ocio". Es más, de acuerdo con su definición subjetiva, incluso la realización de una actividad que, objetivamente, se calificaría como "trabajo", puede ser percibida como ocio por el actor. Por este motivo, ha habido diversos intentos de clasificar estas actividades. Richie (1975), analizó una serie de actividades tradicionalmente consideradas como ocio, y extrajo cuatro grandes dimensiones: actividades activas versus pasivas, individuales versus grupales, simples vs. complejas, y aquellas que son para pasar el rato frente a aquellas que requieren una mayor implicación. Ragheb (1980) se decide por agruparlas en seis categorías: massmedia (ver televisión o leer un periódico); actividades culturales (teatro, conciertos, danza, etc.); actividades deportivas; actividades al aire libre (camping, jardinería, caza, etc.); actividades sociales (visitas a amigos, fiestas, etc.), y hobbies o pasatiempos (fotografía, pintura, coleccionismo, etc.). Argyle llega a decir en su *Psicología Social del Ocio*: "Hay una gran variedad entre las diferentes clases de ocio, lo que hace que deban considerarse por separado. Por ello necesitamos una tipología o, al menos, un listado de estas actividades, ya que, aún hoy, carecemos de una tipología comúnmente aceptada" (Argyle, 1996).

García (2002) propone una clasificación basada en diez tipos de actividades de ocio tan sujeta a opinión y crítica como las anteriores. Bajo las diferentes formas de ocio subyacen también diferentes necesidades. Kabanoff (1982) ofrece una clasificación de estas necesidades en once grandes grupos:

1. Autonomía: organizar proyectos y actividades que resulten significativas desde un punto de vista personal.
2. Relajación: actividades que permitan dar al cuerpo y/o a la mente un descanso.
3. Actividades familiares: que refuercen los vínculos entre sus integrantes.
4. Huir de la rutina: para olvidarse de las responsabilidades de la vida diaria.
5. Interacción: disfrutar de la compañía de los demás y hacer nuevos amigos.
6. Estimulación: a través de actividades que aporten nuevas experiencias.
7. Uso de habilidades.
8. Salud: mantenimiento de una buena forma física y un estado saludable.
9. Estima: con acciones que permitan ganarse el respeto o la admiración de los demás.
10. Desafío/competencia: poniéndose a prueba en situaciones difíciles.
11. Liderazgo/poder social: mediante el desarrollo de actividades en las que se pueda desempeñar un papel destacado de liderazgo.

Las ofertas de actividades de ocio dirigidas a las personas mayores persiguen diversos fines, siguiendo a Fernández-López (1996) se pueden destacar los siguientes:

1. Información, orientación, asesoramiento.
2. Facilitación, garantía y ampliación de la participación en la vida cultural.
3. Posibilidades de ocupación / trabajo.
4. Prevención sanitaria y ayuda a la salud, incluidas ofertas de ejercicios de movilidad, gimnasia y deporte.

Además, se puede diferenciar la siguiente categorización de ofertas (Schmitz-Scherzer, 1974):

1. Para fomentar los contactos sociales.
2. Específicas de formación, ocio y hobby.
3. Talleres de mayores con ofertas de hobby
4. Recreo, vacaciones y viajes.

En lo referente a las actividades de ocio en personas mayores, García (2002) afirma que uno de los primeros intentos de clasificación corresponde a Overs, Taylor, Cassell y Chernov (1977), quienes las agruparon cualitativamente en nueve categorías: juegos, educación y entretenimiento cultural, deportes, naturaleza, arte, coleccionismo, artesanía, voluntariado y participación en organizaciones. Kelly (1987) utilizó ocho categorías: culturales, viajes, actividades relacionadas con la casa, ejercicio físico, familia, actividades fuera de casa, comunitarias y sociales. Stones y Kozma (1986) optaron por clasificarlas en función del contexto en el que se realizaran, lo que les llevó a considerar cuatro grandes entornos de actividad en las personas mayores: implicación con la familia, actividades solitarias, implicación con la comunidad y actividad relativa al hogar. Bammel y Burrus-Bammel (1996) consideran la actividad física y la socialización como los ejes básicos en la clasificación de las actividades de ocio en las personas mayores. El cruce de ambas dimensiones da lugar a cuatro categorías (activo-social, activo-aislado, sedentario-social y sedentario-aislado) de actividades, con diferentes efectos sobre la salud física y psíquica del mayor (García, 2002).

La presente revisión trata de establecer una base teórica sobre la que se asientan los programas de ocupaciones de ocio de las personas y mostrar cuáles son los beneficios para la salud de este colectivo de desarrollar un envejecimiento activo basado en la realización de actividades de ocio, incluyendo la actividad física como una de las ocupaciones más determinantes.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía sobre la temática referida a ocupación de ocio para un envejecimiento de calidad. Para ello se han consultado las bases de datos de Dialnet, Scopus y Web of Science.

Resultados

Algunos estudios como el de Cole (2010) demuestran los beneficios que produce la ocupación de ocio relacionada con la actividad física, en las personas mayores a nivel físico y posteriormente a nivel mental sobre todo a personas mayores con depresión o ansiedad.

Parece ser que las personas mayores tienen tendencia a buscar formas de ocio más familiares, con una escasa afinidad por aquellas actividades que supongan una gran novedad tal y como señala García (2002). La mayor parte de las actividades van a estar vinculadas a la familia, que junto con la comunidad próxima (amigos y vecinos) se constituyen en los dos contextos de actividad principales. En este sentido, los hombres se suelen implicar en tareas que giran en torno al hogar (bricolaje, jardinería, cuidado de animales, etc.), así como a reunirse con sus amigos para charlar, jugar a juegos de mesa o, simplemente, pasar el tiempo en compañía (Subirats, 1992). Las mujeres, una vez liberadas de las obligaciones de cuidado dentro de casa, suelen reforzar los vínculos con sus familiares próximos a través de las visitas y de la ayuda informal (Kelly y Godbey, 1992). No hay que olvidar el importantísimo papel de sostén que están cumpliendo muchos abuelos y abuelas en aquellos hogares en que ambos cónyuges trabajan. Esta función de satisfacción de las demandas familiares ha quedado demostrada en diferentes investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (Bazo, 1994, 1996; Rodríguez y Sancho, 1995). Dicha colaboración supone una importante ocupación del tiempo libre para un importante número de nuestros mayores (García, 2002).

No obstante, atendiendo a algunos de los estudios que preceden a este, es posible afirmar que con la vejez parece reducirse el tiempo dedicado al ocio por parte de la persona mayor, tanto en número como en intensidad. Y que tras la jubilación, la persona mayor mantiene la realización de aquellas actividades que realizaba en su ocupación cotidiana, manteniendo sus rutinas y costumbres, así lo constata Fernández-López (1996) cuando afirma que los tiempos de ocio en la vejez se basan en los tipos de ocio de épocas anteriores. Pero se piensa que la persona mayor, puede desempeñar nuevas actividades para aprovechar el aumento de tiempo de ocio del que dispone tras su jubilación, siempre y cuando se propongan y organicen atendiendo a las necesidades de este sector de población.

En relación a los beneficios que aporta el aprovechamiento del tiempo de ocio para la persona mayor, queda patente, según señala Freire (2007), que numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un periodo de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a la participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Siguiendo a Cursino (2005, citado por Freire, 2007) la tercera edad puede ser caracterizada como un periodo de aprovechamiento y realizaciones personales de inversión en sí propio. En la tercera edad, la importancia de la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizada a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Una actividad de ocio productivo podría ser las tareas de voluntariado, que tal y como señalan Black y Living (2004), la participación en un papel voluntario tiene muchos beneficios potenciales para la salud y el bienestar, en particular a los aspectos de la salud mental, proporcionando oportunidades para aumentar la confianza y la autoestima, el aumento de apoyo social, sustituir las funciones perdidas y fomentar que se sientan incluidos en la vida comunitaria.

Cursino (2005, citado por Freire, 2007) distingue tres funciones principales de ocio, las cuales son: a) descanso, comprendido como la función según la cual el ocio es un reparador de desgastes físicos y mentales provocados por las tensiones de las obligaciones diarias; b) recreación, divertimento y entretenimiento, entendida como la función que tiene un carácter reparador del tedio y c) desarrollo personal, entendida como la función que permite la participación social mayor y más libre, la práctica de una cultura desinteresada del cuerpo, de la sensibilidad y de la razón. El mismo autor señala la otra clasificación de las actividades de ocio según las áreas de interés que desarrolla como son: a) manuales- son actividades prácticas que proporcionan placer a través del trabajo con una materia prima, b) intelectuales- se considera ocio que puede

ser un ejercicio de conocimiento en cualquier campo; c) asociativas-están relacionadas con la convivencia social con otras personas; d) artísticas- están asociadas al campo estético, a lo bello, a la emoción, al sentimiento; e) físicas- aquellas actividades que llevan al individuo a conocer nuevos lugares, nuevas formas de vida permitiendo en un corto período alterar la rutina cotidiana.

Rabanal (2011) afirma que sin duda, una de las formas de ocio objeto de una mayor atención, tanto en el colectivo de personas mayores como en otros, ha sido la actividad o ejercicio físico (Caldwell, 1996; Torrado, Aparici y Sanz, 1994; Swart, Pollock y Brechue, 1996;). Es sabido que un estilo de vida sedentario acelera el proceso de envejecimiento. Frente a esto, la práctica de ejercicio físico incrementa, por ejemplo, la flexibilidad articular, la fuerza muscular, la respuesta cardíaca y la capacidad pulmonar (Bammel y Burrus-Bammel, 1996). Asimismo, favorece las funciones fisiológicas y permite frenar el declive físico motivado por la edad, mostrando igualmente su repercusión positiva sobre el funcionamiento cognitivo (Blair, Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons y Macera, 1995).

En esta línea Rabanal (2011) añade que se puede decir que nunca es tarde para comenzar a hacer ejercicio, ya que las secuelas de los hábitos inactivos pueden corregirse con un programa de entrenamiento adecuado. Bammel y Burrus-Bammel (1996) afirman que el porcentaje de mejoría física y las ganancias de salud que obtienen los mayores con estos programas son aproximadamente iguales a los conseguidos por sujetos más jóvenes. Así, la capacidad aeróbica, uno de los determinantes más importantes de la facultad y vigor físicos, se puede mejorar de un diez a un treinta por ciento, y la fuerza muscular puede llegar a incrementarse hasta un cincuenta por ciento. Estas prácticas, no cabe la menor duda, se traducen en una menor mortandad y una mayor esperanza de vida. Los efectos del ejercicio no sólo se dejan sentir sobre variables físicas, también se ha comprobado su repercusión sobre la depresión, la soledad o las facultades cognitivas (Caldwell, 1996; Morgan, Dallosso, Bassey, Ebrahim, Flentem y Arie 1991). Así, por ejemplo, Bennett *et al.* (1982) estudiaron los efectos del ejercicio físico en una muestra de mayores que incluía tanto personas que vivían en una residencia como otras que vivían en la comunidad: aquellas personas que presentaban síntomas depresivos, experimentaron una mejora significativa después de su participación en el programa de actividad física.

Así, el deporte constituye un campo de interés especial dentro de la ocupación del ocio de las personas mayores. A pesar de ser una medida beneficiosa para el cuidado de la salud en general, pocas personas mayores participan en las diversas ofertas que existen al respecto: sólo de un 2 por ciento a un 5 por ciento (en líneas generales), ejercita este tipo de actividad. Sin embargo, hoy sabemos que los programas de educación física para mayores son una garantía saludable para estabilizar la tensión arterial, prevenir problemas cardiovasculares o mejorar el estado de ánimo. Se trata, como cabe suponer, de ejercicios acomodados a la edad, donde se prescinde de los excesos y de las brusquedades de los programas para gente más joven. El yoga, por poner un ejemplo, se ha revelado una modalidad de ejercicio muy recomendable para la población mayor. También otros programas de ejercicios psicomotrices (Fernández Lópiz y Liébana, 1994).

García (2002) señala que gran parte de los estudios que se han centrado en los beneficios psicológicos derivados de la participación en actividades de ocio en los mayores, han aportado resultados satisfactorios. Así, se ha comprobado que una mayor implicación en este tipo de actividades se traduce en niveles de bienestar subjetivo más alto (Dupuis y Smale, 1995; Headey, Veenhoven y Waring, 1991), disminución del sentimiento de soledad (Lee e Ishii-Kuntz, 1987; Mullins y Mushel, 1992), aumento del estado de ánimo (Lee e Ishii-Kuntz, 1987; Tinsley *et al.* 1987) o incremento en la capacidad de afrontamiento de los cambios producidos durante el envejecimiento (Kelly *et al.*, 1987; Steinkamp y Kelly, 1985). Lo que confirma la afirmación de Argyle (1996): “El ocio es una fuente muy importante de bienestar, sobre todo para los que no están trabajando, y más importante que el trabajo para muchos que lo están”.

Según García (2002), el ocio, las relaciones sociales y el trabajo, constituyen las tres causas fundamentales del bienestar.

Inicialmente Tinsley, Barrett y Kass (1977) identificaron cuarenta y cuatro necesidades que pueden ser satisfechas a través de la participación en actividades de ocio. Concretamente, en opinión de estos autores, diecisiete de estas necesidades se satisfacen aproximadamente en el mismo grado por todas las actividades de ocio, mientras que las veintisiete restantes están más vinculadas a la participación en actividades de ocio específicas. Posteriormente, Tinsley (1984) ha analizado

factorialmente todas estas necesidades y las ha agrupado en torno a ocho grandes dimensiones.

- *Expresión del yo* (denominada inicialmente por el autor “*auto-actualización*”): Representa la necesidad que tiene todo individuo de manifestarse satisfactoriamente a través del uso creativo de sus capacidades.
- *Compañerismo*: Hace referencia a la necesidad de tener relaciones de apoyo en las que, de un modo lúdico, la persona se sienta aceptada y valorada por parte de los demás, de forma que se incremente su propia estima.
- *Poder*: Necesidad que representa el deseo de percibir control sobre situaciones sociales y de ser objeto de la atención de los demás.
- *Compensación*: Muestra la necesidad personal de experimentar algo novedoso o inusual, de romper con la rutina diaria.
- *Seguridad*: Alude a la satisfacción que experimenta la persona cuando se compromete en una actividad que le asegura la ausencia de cambios no deseados, a la vez que le garantiza que sus esfuerzos se reconocerán y serán valorados por parte de los demás
- *Servicio*: Necesidad de asistir y ayudar a los demás.
- *Intelectual y estética*: Hace referencia a la necesidad de estimulación intelectual, así como de participar en actividades de carácter artístico
- *Soledad deseada* (denominada inicialmente por el autor “*autonomía*”): Factor que destaca la necesidad de la persona de hacer cosas por sí sola sin experimentar sentimientos negativos.

En el intento de determinar qué tipo de actividades de ocio tienen una mayor repercusión sobre el bienestar de las personas mayores, se han perfilado algunas características que muestra García (2002). Para Mannell (1993) serán precisamente aquellas actividades que se desarrollen durante un tiempo continuado, y que requieran esfuerzo y disposición de destrezas, las que tengan una mayor repercusión sobre el bienestar del que las realiza. Así, por una parte, destaca el compromiso con la actividad, que conduce a su mantenimiento en el tiempo. El carácter “serio” de la actividad de ocio, como otras de estas características, representa: “la actividad sistemática de un

amateur, aficionado o voluntario que está lo suficientemente interesado como para tratar de adquirir las habilidades y destrezas necesarias para su realización” (Stebbins, 1992). Por último, la experiencia de “flujo” (flow) (Csizszentmihalyi, 1975) será el tercer elemento de aquellas actividades de ocio que habitualmente conducen al bienestar subjetivo.

Se ha de tener en cuenta también que el entorno más utilizado para desempeñar actividades de ocio es el propio domicilio, si se tiene en cuenta que las actividades más realizadas son ver televisión, oír la radio, etc. Además del barrio o entorno social para pasear o realizar diferentes actividades como por ejemplo relacionarse con los demás, ya que la persona mayor, después de desvincularse del mundo laboral pasa a relacionarse más tiempo con su familia y personas de su entorno más cercano.

Tal y como recoge Impollino (2001), una de las tareas de educación permanente y de la intervención psico gerontológica es ofrecer una mejor formación personal para el ocio, al que el aprendizaje de habilidades concretas para un retiro productivo y dinámico. La importancia de esto es aún mayor por cuanto los avances de la medicina preventiva están produciendo no sólo aumento en la esperanza de vida, sino también en mayores posibilidades de vivir mejor y en mejores condiciones (Fernández-López, 1996.) Esta tarea requiere un esfuerzo integrado interdisciplinario: médicos, educadores, psicólogos, asistentes sociales, antropólogos, arquitectos, sociólogos y otros profesionales.

Conclusiones

Queda ampliamente demostrada la eficiencia de la ocupación de ocio en la salud de la persona mayor, y su influencia en ejercer un envejecimiento activo de calidad. Se ha establecido la relación entre el desempeño de actividades de ocio, entre las que encontramos la actividad física, pero sin que sea esta la única ocupación que favorezca un aumento de la salud y calidad del mayor.

Por todo lo mencionado, se puede acabar con dos citas que dejan entrever la importancia del tiempo de ocio en la persona mayor como fuente de salud y calidad de vida: Carl Jung: “El atardecer de la vida humana debe tener una significación propia y no puede ser meramente un penoso apéndice de la mañana de la vida”. Y en esta línea: Juan Pablo II en la Carta a los Ancianos, dice: “Por eso son loables todas aquellas

iniciativas sociales que permiten a los ancianos, ya el seguir cultivándose física, intelectualmente o en la vida de relación, ya el ser útiles, poniendo a disposición de los otros el tiempo, las propias capacidades y la propia experiencia”.

Referencias

- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. Nueva York: Penguin Books.
- Bammel, G. y Burrus-Bammel, L. L. (1996). *Leisure and Human Behavior*. Chicago: Brown y Benchmark Publishers.
- Bazo, M. T. (1994). *Abuelos y nietos: la familia como centro privilegiado de intercambio entre generaciones*. Valencia: Bancaixa.
- Bazo, M. T. (1996). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico. *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 73, 209-222.
- Bennett, J., Carmack, M. A. y Gardner, V. J. (1992). The effect of a program of physical exercise on depression in older adults. *Physical Educator*, 39, 21-24.
- Black, W. & Living, R. (2004). Volunteerism as an occupation and its relationship to health and wellbeing. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(12), 526-532.
- Blair, S., Kohl, H., Barlow, C., Paffenbarger, R., Gibbons, L. y Macera, C. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. *Journal of American Medical Association*, 273, 1093-1098.
- Caldwell, J. R (1996). Exercise in the elderly: an overview. *Activities, Adaptation and Aging*, 20(3), 3-8.
- Cole, F. (2010). Physical activity for its mental health benefits: Conceptualising participation within the Model of Human Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(12), 607-615.
- Csikszentmihalyi, M. y Kleiber, D. A. (1991). Leisure and Self-Actualization. En B.L. Driver, P.J. Brown y G.L. Peterson (Eds.), *Benefits of Leisure*. Pennsylvania: Venture Publishing.

- Dupuis, S. L. y Smale, B. J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Society and Leisure*, 18(1), 67-92.
- Fernández-López, E. (1996). Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores. *Propuestas: Revista de la Universidad Nacional de la Matanza*, 2(4), 31-44.
- Fernández-López, E. y Liébana, J. A. (1994). *Programa de intervención con técnicas de psicomotricidad para la población anciana*. Actas del III Congreso Infad, Universidad de León, 138-141.
- Freire, M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36*. (Tesis doctoral). Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- García, A. (2005). Informe: Las personas mayores como audiencia de la prensa: consumo sénior de los medios de comunicación. Seminario Las personas mayores y los medios de comunicación. *Boletín Perfiles y Tendencias. Imsero*.
- Headey, B., Veenhoven, R. y Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 81-100.
- Impollino, V. (2001). *Los adultos mayores, el tiempo libre y la práctica de deportes y/o actividad física*. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID002.pdf>.
- Kabanoff, B. (1982). Occupational and sex differences in leisure needs and leisure satisfaction. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 233-245.
- Kelly, J. R. (1987). *Peoria winter: styles and resources in later life*. Lexington: Lexington.
- Kelly, J. R. y Godbey, G. (1992). *The Sociology of Leisure*. State College: Venture Publishing.
- Lee, G. R. e Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging*, 9, 459-482.

- Lehr, U. (1993). Correlatos psicosociales de la longevidad. Simposio Internacional *Ciclo vital, educación y envejecimiento*. Bogotá, Colombia, octubre 27-29.
- Mannell, R. C. (1993). High-Investment Activity and Life Satisfaction Among Older Adults: Committed, Serious Leisure, and Flow Activities. En Kelly, J. R. (Ed.), *Activity and Aging: Staying Involved in Later Life*. Newbury Park: Sage.
- Morgan, K., Dalloso, H., Bassey, E. J., Ebrahim, S., Fentem, P. H. y Arie, T. H. (1991). Customary physical activity, psychological well-being and successful ageing. *Ageing and Society, 11*, 399-415.
- Mullins, L. C. y Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends and spouses: the effect on loneliness among older persons. *Research on Aging, 14*(4), 448-47.
- Neulinger, J. (1974). *The psychology of leisure*. Springfield: C.C. Thomas Publisher.
- Overs, R. P., Taylor, S., Cassell, E. y Chernov, M. (1977). *Avocational counseling for the elderly*. Sussex: Avocational Counseling Research.
- Pacheco, S. M. (2002). *Autonomía e independencia*. Sau Paulo: Atheneu.
- Rabanal, M. A. (2011). *Los efectos del ejercicio físico sobre la salud de las personas mayores*. Recuperado de <http://deporteinteligente.com/2011/03/18/los-efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-salud-de-las-personas-mayores/>
- Ragheb, M. G. (1980). Interrelationships among leisure participation, leisure satisfaction and leisure attitudes. *Journal of Leisure Research, 12*, 138-149.
- Richie, J. R. (1975). On the derivation of leisure activity types: A perceptual mapping approach. *Journal of Leisure Research, 7*, 128-140.
- Rodríguez, P. y Sancho, M. T. (1995). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 30*(3), 141-152.
- San Martín, J. (1997). *Psicosociología del Ocio y del Turismo*. Archidona: Aljibe.
- Schmitz-Scherzer, R. (1974). *Sozialpsychologie der freizeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stebbins, R. A. (1992). *Amateurs, professionals, and serious leisure*. Montreal:

McGillQueen's University Press.

- Stebbins, R. A. (1997). Serious leisure and quality of life. En J.T. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well-being*. Nueva York: Greenwood Press.
- Steinkamp, M. W. y Kelly, J. R. (1985). Relationships among motivation orientation, level of leisure activity and life satisfaction in older men and women. *The Journal of Psychology, 119*, 509-520.
- Stones, M. J. y Kozma, A. (1994). The relationships of affect intensity to happiness. *Social Indicators Research, 31*(2), 159-173.
- Subirats, J. (1992). *La vejez como oportunidad*. Madrid: INSERSO.
- Swart, D. L., Pollock, M. L. y Brechue, W. F. (1996). Aerobic exercise for older participants. *Activities, Adaptation and Aging, 20*(3), 9-25.
- Tinsley, H. E. (1984). The psychological benefits of leisure counseling. *Society and Leisure, 7*, 125-140.
- Tinsley, H. E., Barrent, T. C. y Kass, R. A. (1977). Leisure activities and need satisfaction. *Journal of Leisure Research, 9*, 110-120.
- Tinsley, H. E., Colbs, S. L., Treafe, J. D. y Kaufman, N. (1987). The relationship of age, gender, health and economic status to the psychological benefits older persons report from participation in leisure activities. *Leisure Sciences, 9*, 53-65.
- Torrado, V. M., Aparici, M. y Sanz, P. (1994). Efectos psicológicos de un programa de entrenamiento físico en sujetos mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 29*(1), 138-42.

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ACTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR

María Luisa Ballesta Fernández, María del Carmen Ramírez Cazorla, Minerva Hernández Sánchez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

mluisy23@hotmail.com

En la actualidad, el progresivo envejecimiento de nuestra población debido al adelanto tecnológico y avances en sanidad, a la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad infantil junto a la mejora de las condiciones en los hábitos de vida saludable, convierte al adulto mayor en un importante núcleo de población con presencia de múltiples enfermedades y problemas propios del envejecimiento, como pueden ser: enfermedades crónicas, alteraciones cognitivas, déficit sensoriales, cáncer, etc. (Ries et al. 2000).

En general, en el anciano, aumentan las probabilidades del deterioro de las funciones motoras, imprescindibles para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, requiriendo un control y manejo multidimensional, con una extensa valoración y tratamiento adecuado, donde el abordaje sanitario es clave para la prevención y planificación de cuidados (De Alba, Gorroñoitía, Litago, Martín, y Luque, 2001).

Según Orem, "El autocuidado es la práctica de las actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud, y el bienestar." Además, Orem afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, educar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Orem, 2007).

Así pues, el manejo del paciente de edad avanzada llega a ser un desafío asistencial de primer orden por las características específicas de la vejez y la necesidad de un manejo multidimensional, una valoración independiente y un tratamiento adecuado. (Cabezón Gutiérrez, et al. 2015).

Se denomina anciano frágil o de alto riesgo, al estado que evidencia la pérdida fisiológica y que reúne una serie de condiciones o criterios clínicos, asistenciales o sociales que le hacen especialmente vulnerable a la presencia de enfermedad complicaciones. Esto conlleva a una disminución de la adaptabilidad y a un aumento global de la mortalidad, vinculados con un incremento en la presencia de enfermedades y complicaciones ligadas al tratamiento anticanceroso (Cadena et al. 2012).

Por tanto, para fomentar un envejecimiento activo, según la OMS, es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva global orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración (OMS, 2001).

Son muchos los beneficios que aportará la práctica de una actividad física para el organismo del anciano: mejorará la capacidad física, mental e intelectual, contribuirá de forma clara y determinante a reducir muchas enfermedades; se podrán prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas y aumentar nuestro rendimiento personal en todas las áreas: laboral, familiar y social.

No obstante, hay que tener en cuenta que el objetivo de estas actividades en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con la intención de lograr la máxima independencia posible (Saliba, et al. 2001).

Debido a este gran problema de salud, surge la valoración Geriátrica Integral (VGI) como medida de cribado, siendo la mejor herramienta para identificar los déficits en las diferentes esferas del paciente geriátrico, facilitando así la actuación sobre los problemas reversibles. (Kumar, 2010).

El objetivo de este trabajo fue analizar la evidencia científica existente en referencia a los cuidados enfermeros desde las consultas de atención primaria en la actividad física del paciente geriátrico para disminuir el riesgo de inmovilidad y dependencia del adulto mayor como base para la mejora de la calidad de vida en el anciano.

Metodología

En la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía en el período comprendido entre el año 2000 y el 2015. Las bases de datos consultadas fueron: SCielo, Lilacs y Pubmed utilizando los descriptores de salud: “Actividad Física”, “Anciano”, “Atención Primaria”, “Cuidados enfermos”. Estos mismos descriptores se introdujeron en inglés para la obtención de datos internacionales. Del total de 98 resultados, solo se encontraban en nuestra línea de estudio un total de 21 artículos para un estudio en profundidad por ajustarse a los criterios de inclusión establecidos.

Resultados

Con el envejecimiento de la población como situación históricamente nueva, se plantean una serie de problemas en las personas ancianas y tal y como refleja la literatura, en la población anciana son más relevantes la prevención secundaria y la terciaria, al ir enfocadas a la prevención de incapacidades (De Alba et al. 2001).

También es cierto, que para realizar un plan integral de cuidados en el anciano, es necesario un conocimiento amplio de las distintas esferas que conforman sus hábitos de vida. Así, la valoración geriátrica integral es la mejor herramienta para revelar problemas funcionales en el anciano mediante el manejo global del anciano, el plan de tratamiento y de intervenciones geriátricas, así como la valorización de forma individual en función de las características de cada paciente. Por este motivo, se necesitan programas especiales de educación durante la formación enfermera, así como programas de formación continua (Terret, Zulian, y Droz, 2004).

Existen multitud de escalas de valoración geriátrica para medir el grado de dependencia o riesgo en las diferentes esferas de la vida, entre las que destacamos: el Índice de *Barthel* o el Índice de *Katz* en la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD). En España también se usa un índice global de incapacidad física desarrollado por la Cruz Roja como escala de incapacidad física o psíquica. Para la valoración del deterioro cognitivo el Mini-examen cognoscitivo, la escala de demencia de *Blessed*, o el Test ADAS-COG para la evaluación de la enfermedad de Alzheimer. El Set-tes de Isaacs puede ser una opción en personas analfabetas. Para la marcha/equilibrio la escala de Tinetti y el Cuestionario de caídas. También encontramos escalas de Depresión y ansiedad como la Escala moral de Philadelphia o el test depresión-ansiedad de Goldber o el test depresión Yesavage. Además, encontramos para la conducta, la valoración conducta indeseable COBRA, escalas de comunicación y sociales como la escala de recursos sociales para ancianos, Escala de recursos sociales. OARS (Abizanda, Paterna, Martínez, y López, 2010).

La valoración individual de cada una de las distintas esferas, no es relevante para el diagnóstico de una enfermedad o trastorno. Así pues, las escalas de valoración geriátrica, sin ser un método exclusivo, son una importante herramienta de valoración donde los cuidados enfermeros se enfrentan a predecir complicaciones y efectos adversos del tratamiento, estimar la supervivencia y la esperanza de vida, detectar problemas graves del anciano que no se encontrarían en una valoración ni exploración física rutinaria, identificar y tratar nuevos problemas que van surgiendo en el seguimiento del paciente, mejorar el estado mental y de bienestar y mejorar el control del dolor (Wieland, 2003).

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El deterioro, consecuencia de la inmovilidad en adultos mayores, puede ser irreversible, provocando la pérdida permanente de la función motriz, si no se realiza una intervención terapéutica en forma oportuna. Los músculos mayormente afectados son los encargados de la postura erguida y el movimiento. Entre las causas de la inmovilidad se encuentran las reacciones secundarias de algunos fármacos, dolor, mala nutrición, depresión, falta de motivación, daño sensorial y temor a las caídas por enfermedad o torpeza motriz (Oghalai, Manolidis, Barth, Stewart, y Jenkins, 2000).

El análisis de los factores de riesgo de caídas, y dentro de ellos la evaluación de la marcha, permite identificar a los ancianos más susceptibles de caer y poner en práctica las medidas preventivas adecuadas (Martínez y Romero, 2015).

El abordaje integral de los problemas de salud alcanza gracias a la ayuda de equipos móviles, una atención sanitaria de mayor calidad a las personas dependientes en el hogar, así como prestar apoyo y formación a los cuidados. (Walter et al. 2001).

Los resultados de la valoración integral son aspectos en los que “una adecuada intervención geriátrica, realizada por especialistas, puede añadir un beneficio notable a la calidad de vida del mayor y, en muchos casos, a la calidad de vida de sus cuidadores, que son también víctimas de muchas incertidumbres, tensiones y estrés” (Sorando et al. 2012).

Por otro lado, el desarrollo de una actividad física adecuada a las condiciones del adulto mayor, ayuda a prevenir enfermedades como obesidad, hipertensión o depresión, además de reducir el riesgo coronario, trombosis vascular o cáncer. Así pues, el envejecimiento activo es la mejor receta para prevenir la dependencia (Lesende, Zurro, Prada, y Aguilera, 2007).

La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer batir récords y sin poner a prueba a nuestro organismo. Entendemos por actividad física una programación previamente reflexionada, planificada, estructurada y repetida (Ávila, 2004).

Conclusiones

Podemos concluir según data la evidencia científica, que un gran porcentaje de la población adulta mayor en las últimas décadas de la vida, demuestra un amplio margen en la mejora de la calidad de vida, pudiendo desempeñar diferentes roles de la actividad vital ligada a su edad o condiciones funcionales.

Para ello, se deben determinar en materia de prevención y fomento del envejecimiento activo, aquellos déficits resultantes de la valoración en las distintas esferas del anciano en las que se demuestra fragilidad o riesgo. Así pues, ante la

necesidad de elaborar un programa preventivo en pacientes susceptibles frente a circunstancias de riesgo, surge como herramienta principal y medio para mejorar la calidad de vida del paciente oncogeriatrico, la valoración geriátrica integral.

También señalamos, que el personal sanitario identifica las necesidades y problemas resultantes de la situación del paciente, pudiendo observar cambios y predecir su evolución y mortalidad de manera independiente a la edad y estado de la enfermedad. Así como ayudar al anciano a llevar a cabo acciones de autocuidado propias de la vida diaria para conservar la autonomía, la salud y la vida, reforzando el envejecimiento activo con la promoción de salud mediante acciones de motivación, cambio de comportamiento y educación en salud.

El ejercicio realizado de manera regular y constante es de suma importancia para mejorar las actividades diarias de la vida, ya que ayuda a mantener o mejorar las habilidades físicas en el adulto mayor.

Para finalizar, el personal sanitario responde a la necesidad de ofrecer una atención inclusiva de mayor calidad a las personas limitadas, donde la enfermera presta apoyo y formación a los mayores fomentando la actividad física y limitando el riesgo de inmovilidad.

Referencias

- Abizanda, P., Paterna, G., Martínez, E. y López, E. (2010). Evaluación de la comorbilidad en la población anciana. Utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Revista Española de Geriatria Gerontológica*, 45(2), 19-28.
- Ávila, F.J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Revista Gaceta Médica de México*, 140(1), 31-36.
- Cabezón-Gutiérrez, L., Gómez, J., Pérez, J., Viloría, M.A., Alamo, C. y Gil, P. (2015). Actualización del dolor oncológico en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(6), 289-297.
- Cadena, M.O., López, J.H., Insuasty, J.S., Santacruz, J.G. y Becerra, H. (2012). Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. *Revista Médicas UIS*, 25(2), 121-128.

- De Alba, C., Gorroñoigoitia, A., Litago, C., Martín, I. y Luque, A. (2001). Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAPPS. Aten Primaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28(2),161-168.
- Lesende, I., Zurro, A., Prada, C. y Aguilera, L. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(2), 4-6.
- OMS (2001). Health and ageing: a discussion paper. WHO. Departamento de Promoción de la salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades no Contagiosas.
- Orem, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado. En: A. Marriner y M. Raile (6ª ed.) Modelos y teoría en enfermería(pp. 267-295). España: Elsevier.
- Kumar, S., Katheria, V. y Hurria, A. (2010). Evaluating the Older Patient with Cancer: Understanding Frailty and the Geriatric Assessment. *Journal of Clinical Oncology*, 60(1), 20-28.
- Martínez, V. y Romero, R. (2015). Fragilidad: sí, pero evitemos el "fragilismo". *Revista española de Geriatría Gerontología*, 50(5), 209-210.
- Oghalai, J.S., Manolidis, S., Barth, J.L., Stewart, M.G. y Jenkins, H.A. (2000). Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients Otolaryngol Head Neck Surg. *Journal of Otolaryngology*, 122(5), 630-634.
- Ries, L.A., Eisner, M.P., Kosary, C.L., Hankey, B.F., Miller, B.A., Clegg, et al. (2000). SEER cancer statistics reviews, 1000. Bethesda, MD: Nacional Cancer Institute.
- Saliba, D., Elliott, M., Rubenstein, L.Z., Solomon DH, Young RT, Kamberg C.J., Wenger NS. (2001). The Vulnerable Elders Survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal of the American Geriatric Society*, 49(1), 91-96.
- Sorando, P., Zelada, M.A., Gómez, J., Franco, A., Mercedes, L. y Baztán, J. (2012). Fiabilidad interobservador de los cuatro índices de comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(1), 67-70.

- Terret, C., Zulian, G. y Droz, J.P. (2004). Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. *Revista de Oncología y Hematología*, 52(2), 27-33.
- Walter, L.C., Brand, R.J., Counsell, S.R., Palmer, R.M., Landefeld, C.S., Fortinsky, R.H. (2001). Development and validation of a prognostic index for 1 year mortality in older adults after hospitalization. *Journal of the American Medical Association*, 28(2),87-94.
- Wieland, D. y Hirth, V. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control. Journal of Cancer*, 10(6), 54-62.