



La actividad física como eje en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas: un cambio en el estilo de vida

11 de Mayo 2015



Gkef FGdA

EL EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.



Gipuzkoako Foru Aldundia

Kultura, Gazteria eta Kirol Departamentua
Departamento de Cultura, Juventud y Deporte



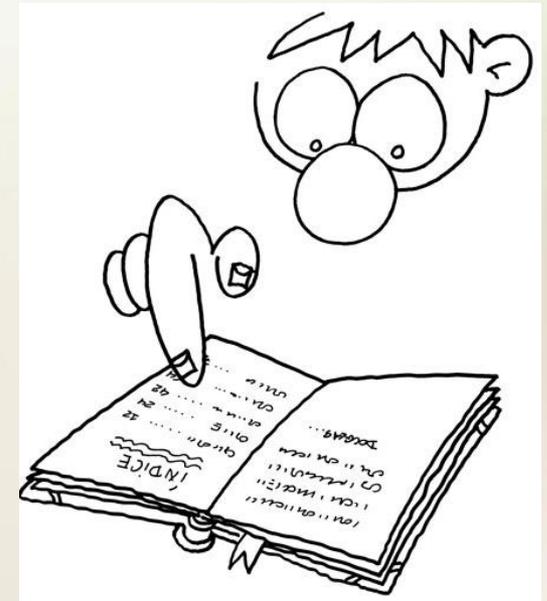
Gkef FGdA

Gipuzkoako Kirol Egokituen Federazioa
Federación Guipuzcoana de Deporte Adaptado

Alicia Figueroa de la Paz
Directora técnica de la Federación
Guipuzcoana de Deporte Adaptado

INDICE:

1. **FEDERACIÓN GUIPUZCOANA DE DEPORTE ADAPTADO.**
2. **BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LAS POBLACIONES ESPECIALES.**
3. **APROXIMACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DEL LA FUNCIONALIDAD, DE LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD (CIF)**
4. **IMPORTANCIA DE FOMENTAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.**
5. **DISCAPACIDAD VISUAL**
6. **TRASTORNO MENTAL**
7. **DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA**
8. **DISCAPACIDAD FÍSICA**
9. **PARÁLISIS CEREBRAL**
10. **DISCAPACIDAD INTELECTUAL**
11. **BIBLIOGRAFÍA**



OBJETIVOS DE LA F.G.D.A.

- ORGANIZAR EL DEPORTE ADAPTADO EN GIPUZKOA.
- ORIENTAR A LAS PERSONAS QUE QUIERAN REALIZAR DEPORTE.
- PROMOCIONAR Y DIVULGAR EL DEPORTE ENTRE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE GIPUZKOA.
- INTEGRAR AL DEPORTISTA DISCAPACITADO EN SU ENTORNO NATURAL.
- TECNIFICAR Y PROFESIONALIZAR LA ACTIVIDAD QUE SE PRESTA AL DEPORTISTA DISCAPACITADO.
- BUSCAR FORMAS DE FINANCIACIÓN PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS PROYECTOS DE LA FEDERACIÓN.
- POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUA DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL DEPORTE ADAPTADO, CONTRIBUYENDO A MEJORAR SU CONOCIMIENTO.
- DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LOS MARCOS INCLUSIVOS DE LAS ORGANIZACIONES DEPORTIVAS CONTRIBUYENDO A LA INCLUSIÓN SOCIAL.



1. GIPUZKOAKO KIROL EGOKITUAN FEDERAZIOA

FEDERACIÓN GUIPUZCOANA DE DEPORTE ADAPTADO

2003-2015

AMBITOS DE ACTUACIÓN

ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PERSONALIZADA

FORMACIÓN CONTINUA Y REGLADA E INVESTIGACIÓN

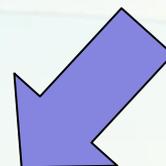


2. BENEFICIOS GENERALES QUE EL EJERCICIO FÍSICO PUEDE REPORTAR A LOS COLECTIVOS ESPECIALES.

- A) Sistema cardiovascular.
- B) Sistema respiratorio.
- C) Sistema metabólico y endocrino.
- D) Aparato locomotor
- D) Nivel psicológico, social y emocional
- F) Piel
- G) Disminuye el riesgo de aparición del cáncer, especialmente de mama por la estimulación del sistema innumitario, y el del colon por estimulación del peristaltismo intestinal
- H) Mitiga los efectos adversos sobre la funcionalidad del organismo derivados del envejecimiento

PROMOVER UN ESTILO DE VIDA ACTIVO MÁS
SALUDABLE PARA

TODAS LAS PERSONAS



MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA



PARA TODAS LAS PERSONAS



3. CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD



CIF

APORTACIONES DE LA CIF

1. INTRODUCE UN **NUEVO MODELO**
DE ENTENDER LA DISCAPACIDAD
2. INTRODUCE UN **LENGUAJE COMUN**
3. DESARROLLA UNA **HERRAMIENTA FIABLE**
Y **ESTANDARIZADA** DE RECOGIDA DE DATOS
4. PROPORCIONA UNA **BASE CIENTIFICA**
PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD



Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud y publicada por la OMS en 2001, distingue entre:

- **Funcionamiento:** término genérico usado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano.
- **Discapacidad:** término que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ciudadano.

Estos conceptos reemplazan a los denominados anteriormente como 'deficiencia', 'discapacidad' y 'minusvalía', y amplían el ámbito de la clasificación para que se puedan describir también experiencias positivas, para enfocar el objetivo hacia la salud y no sólo como consecuencias de la enfermedad, tratando de ir más allá del enfoque médico-sanitario e incluir, ámbitos sociales más amplios

(ENFOQUE: Bio-Psico-Social).

DIFERENCIAS ENTRE CONCEPCIÓN TRADICIONAL Y ACTUAL DE LA SALUD (Generelo, 2001)

CONCEPTO RENOVADO

- POSITIVO
- DINÁMICO (Se va construyendo poco a poco)
- PERSPECTIVA INTEGRAL
- COMPETENCIA MULTIPROFESIONAL
- EL SUJETO PARTICIPA Y ES RESPONSABLE DE SU SALUD.

CONCEPTO TRADICIONAL

- NEGATIVO
- PUNTUAL (presencia o no de enfermedad).
- PERSPECTIVA PARCIAL.
- COMPETENCIA DEL SECTOR SANITARIO.
- EL SUJETO ES PASIVO, PACIENTE DE LA ENFERMEDAD

Modelo universal



Todas las personas
Multi- dimensional
Holístico
Integrador
Derechos humanos

Modelo minoritario



Ciertos grupos
Unidimensional
Estigmatizante
Paternalista
Asistencial



TERMINOLOGÍA MÁS POSITIVA

CIEGA



DISMINUIDO, INVÁLIDO, INCAPACITADO,
DEFICIENTE, DISCAPACITADO,
DEPENDIENTE...



PERSONA CON DEFICIENCIA VISUAL

PERSONA CON DISCAPACIDAD

PERSONA CON DIVERSIDAD FUNCIONAL



EL NOMBRE QUE DAMOS A LAS COSAS SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON NUESTRA FORMA DE AFRONTARLAS, SOBRE TODO CUANDO EL NOMBRE REPERCUTE EN NUESTRA FELICIDAD O INFELICIDAD COTIDIANA Y EN LA FORMA DE ORGANIZAR LO SOCIAL Y ABORDAR IGUALDADES O DESIGUALDADES ENTRE LAS PERSONAS .

OMS 1990

ENFERMEDAD



ESTADOS DE SALUD

C.I.F.



FACTORES CONTEXTUALES (ACCESIBILIDAD- ADAPTACIÓN DE LOS ENTORNOS)

**PERSONA
DEPENDIENTE**



**PERSONA
INDEPENDIENTE**



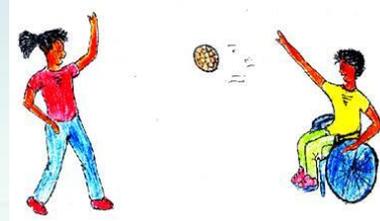
**DIFERENTE FUNCIONAMIENTO
ACCESIBILIDAD DE LOS ENTORNOS
CAPACIDAD-DESEMPEÑO**



CRITICAR pensar PARTICIPAR DESEAR
autonomia PARA
CONSTRUIR decidit
S ONAR CREA.R
SABER HACER-NOS SER

4. IMPORTANCIA DE FOMENTAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

- La actividad física.
- La alimentación.
- La higiene personal.
- Los buenos hábitos y el autocuidado.



Son factores fundamentales para evitar PATOLOGÍAS TRANSITORIAS O CRÓNICAS.

Y PARA MANTENER UN ESTADO DE SALUD ADECUADO



-ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO FÍSICO Y DEPORTE-

“CREACIÓN Y FOMENTO DE ESPACIOS DEPORTIVOS INCLUSIVOS”

DESDE LA ESCUELA HACIA



**HACIA UNA SOCIEDAD
MÁS INCLUSIVA**

“NO SE PUEDE AGRUPAR NI ETIQUETAR A UN COLECTIVO POR LAS CARACTERÍSTICAS MÁS COMUNES, SINO QUE HAY QUE TENER EN CUENTA LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y LAS CONSECUENCIAS ENORMEMENTE VARIADAS QUE SE DERIVAN TANTO DEL MISMO DÉFICIT COMO DEL CONTEXTO EN EL QUE ESA PERSONA SE DESENVUELVE”



5. DISCAPACIDAD VISUAL



DISCAPACIDAD VISUAL

- **CONCEPTO:** Cualquier pérdida visual del sujeto que puede ser parcial o total.
- **CLASIFICACIÓN** atendiendo a la **FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA:**
 - POCA AFECTACIÓN (Agudeza visual 5/10 y 3/10, no precisa apoyo especial)
 - MAYOR AFECTACIÓN (Agudeza visual 3/10 y 1/20, se precisa apoyo especial)
 - GRAVE AFECTACIÓN Y AMENAZA DE CEGUERA (1/20 y 1/50), precisa apoyo especial y sensorial para invidentes)
 - CEGUERA ABSOLUTA (Recoge todas las def visuales por debajo de 1/50, teniendo una gran dependencia de estímulos)

POSIBLES DIFICULTADES GENERALES EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS INVIDENTES:

-Según Hill, Rosen, Correa y Langley (1987).

El retraso en el niños-a con deficiencia visual para la adquisición de habilidades motrices se atribuye a diversos factores:

-No poder utilizar la vista como estímulo.

-Menor cantidad y calidad de oportunidades para experimentar el movimiento.

-Es habitual que los niños-as ciegos **no conozcan sus propias capacidades motoras.**

-La persona ciega que **no es estimulada ni motivada para explorar** el entorno y llegar a los estímulos, se contentan con actividades pasivas y prefieren ser guiados-as.

-Los padres y la escuela pueden manifestar una excesiva superprotección que no les ayudan a desarrollarse.

POSIBLES PROBLEMAS DE SALUD TRANSITORIOS O CRÓNICOS

NIVEL LOCOMOTOR:

- Falta de control de la ejecución motora** y la adquisición de las habilidades motoras básicas.
- Mayor lentitud en relación con el ajuste postural**, la marcha, el equilibrio y la fuerza del tronco y extremidades, la rotación del cuerpo y los movimientos coordinados.
- Dificultades en la adquisición del equilibrio**, la alineación segmentaria del cuerpo y en el ajuste postural.
- La marcha también se verá afectada.**
- Y rectificación en la base estable del cuerpo y la **postura de los pies.**

NIVEL COGNITIVO:

- Puede existir cierto retraso en los primeros años de vida debido a factores como la falta de estimulación, el limitado aprendizaje por descubrimiento e imitación, así como el **ritmo más lento del aprendizaje.**
- Es necesaria la elaboración y **establecimiento y conocimientos de rutas para orientarse por el espacio.**
- Importancia de la **aportación del tacto** para poder recibir información.

NIVEL SOCIOAFECTIVO:

- En la deficiencia visual adquirida, **el comportamiento puede verse alterado en función de la aceptación de la realidad.**
- En las cegueras de tipo congénito son fundamentales **los tratamientos médicos y los periodos de hospitalización para la socialización del niño-a y el aprendizaje y el conocimiento** previo de los recursos.
- También es muy importante **la actuación de los padres, ya que ello determinará el nivel de inseguridad, aislamiento o dependencia** de la persona.
- Suele caracterizarles **cierta inexpresividad** debido a la ausencia de retroalimentación (feedback) visual del entorno y el limitado aprendizaje por imitación.

NECESIDADES MÁS NOTABLES:

- Necesidad de desarrollar **capacidades táctiles, cinestésicas y auditivas** como medio para potenciar la motricidad y la orientación. (desarrollo de la integración sensorial).
- Necesidad de **mayor información** por otros canales de comunicación.
- Necesidad de desarrollar **el movimiento intencional**.
- Limitación en el desarrollo del **esquema corporal**.
- Dificultad en **la percepción, representación y orientación espacial**, por lo que es importante un entorno controlado y estable.
- Dificultades para **adquirir habilidades motrices básicas**, por lo que se hace necesario **estimular la expresión, la creatividad, y la comunicación a través del cuerpo y el movimiento**.
- **Necesidad de desarrollar la independencia o autonomía**.

POSIBLES PATOLOGÍAS CRÓNICAS SI NO SE CONTRARESTA CON UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Algunos estudios han descrito que este colectivo puede tener:

Menor fuerza funcional.

Mayor incidencia de accidente cerebrovascular.

Osteoporosis.

Depresión.

Hipertensión.

Problemas coronarios.

Artritis.

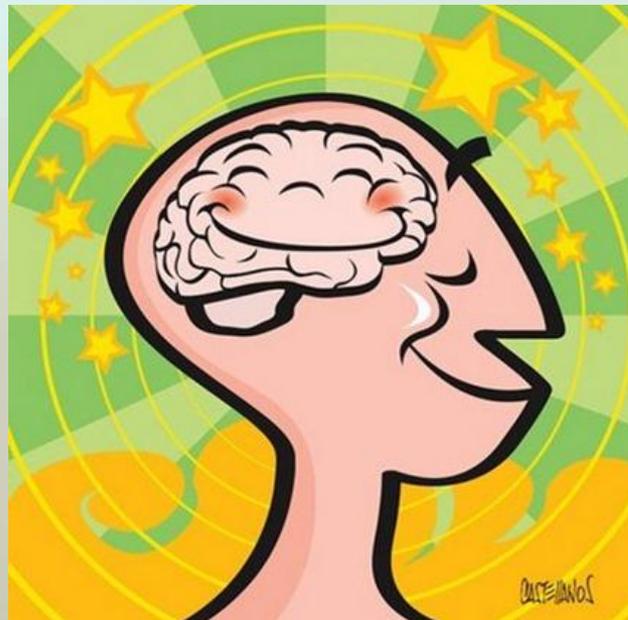
Diabetes.

Caídas.



6. TRASTORNOS MENTALES

(SALUD MENTAL y EMOCIONAL)



TRASTORNO MENTAL- SALUD MENTAL

- **Una de cada dos personas** precisará a lo largo de su vida asistencia por algún tipo de enfermedad mental, pero los pacientes y sus familias siguen **sufriendo una estigmatización social que dificulta el diagnóstico precoz.**
- Las enfermedades mentales siguen siendo, **significativa y socialmente, poco conocidas.**
- Demasiada gente cree que la enfermedad mental es una **‘debilidad’ o una ‘culpa’ de la persona que la padece y no se reconoce como una enfermedad más, lo**
- **Miles de personas viven con una enfermedad que altera sus relaciones sociales, su trabajo, su educación, etc.**
- A diferencia de lo que frecuentemente se nos muestra en cine, televisión o literatura, **la mayoría de la personas con enfermedad mental pueden llevar una vida llena y normalizada,** siempre y cuando cuenten con un tratamiento y soporte social adecuado.

ASPECTOS CLAVE A TENER EN CUENTA RESPECTO

A LA ENFERMEDAD MENTAL:

- No significa menor capacidad intelectual**
- No es siempre irreversible**
- No es mortal**
- No es contagiosa**
- No es siempre hereditaria**
- No es una ‘culpa’ ni ‘castigo’**
- No es siempre permanente en la vida del individuo una vez adquirida**



CLASIFICACIÓN

Actualmente se acepta el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que distingue, entre otros:

trastornos del estado de ánimo.
trastornos psicóticos.
trastorno de ansiedad.
trastornos sexuales.
trastornos de la personalidad.
trastornos del sueño.
trastornos de la conducta alimentaria.
trastornos cognoscitivos, etc.

Un importante número de personas siguen sufriendo trastorno mental y no acuden a recibir tratamiento a causa de la estigmatización que existe sobre este tipo de enfermedades

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LA CONDUCTA



- **AUTISMOS (Trastornos del Espectro Autista)**
- **SINDROME ASPERGER**
- **TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

Estos **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA**, incluyen a un colectivo diverso de personas, la mayoría de ellas con un alto nivel de dependencia. Esta heterogeneidad obliga a que las **respuestas sean siempre individualizadas**; en base a **programas centrados en la persona, en sus necesidades y en su propia visión y aspiración vital**.

Este enfoque determina el que cada vez se sea **más flexibles, desarrollando nuevos programas y servicios más personalizados**, que se adapten a una sociedad y un colectivo cambiantes.

En el caso de los **TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTAS**, no tienen, por el momento, cura. Por ello, **se considera esencial el participar en la investigación biomédica**.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA:

- Déficit de atención.
- Ataques de cólera/rabieta.
- Agresividad.
- Conductas disruptivas.
- Problemas de concentración
- Pasividad.
- Impulsividad. etc.



POSIBLES PROBLEMAS DE SALUD TRANSITORIOS O CRÓNICOS

NIVEL LOCOMOTOR: Dificultades en la coordinación, en el conocimiento del esquema corporal, en la atención y en la secuencialización si no la explicamos bien etc

NIVEL COGNITIVO: Trastornos de la conducta, déficit de atención, ataques de cólera/rabieta, agresividad, problemas de concentración, impulsividad, trastorno del sueño y la alimentación, etc.

NIVEL SOCIOAFECTIVO: conductas disruptivas, dificultades para relacionarse, algunos tienen baja autoestima y con sufrimiento personal si son conscientes de la situación.

BENEFICIOS ESPECIFICOS DE LA PRÁCTICA y ORIENTACIONES:

- **Fortalecer la estructura osteoarticular**, mejorar la coordinación neuromuscular, favorecer el control y el ajuste postural.
- **Potenciar la orientación** espacio-temporal.
- **Mejorar los aspectos respiratorios.**
- **Desarrollo físico multilateral, destreza motora**, experiencias motrices.
- **Potenciar la búsqueda espontánea** de compartir su disfrute con la actividad.
- **Potenciar la autoestima**
- Potenciar la **comunicación y la comprensión.**
- Mejorar la **integración y normalización en la vida cotidiana.**
- **Entender el propio cuerpo como medio de relación con los otros y con el entorno.**
- **Fomentar la motivación y el disfrute por la actividad.**



7.DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA



DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA

- **“Trastorno sensorial caracterizado por la pérdida de la capacidad de percepción de las formas acústicas, ya sea por una alteración del órgano de la audición o bien de la vía auditiva” (Rios, 2003)**
- **“Persona que no es capaz de percibir los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores” (OMS,)**

TIPOS:

- **Audición normal (-10 a 20db)**
- **Perdida ligera/leve: (de 20 a 40 db)**
- **Pérdida media/moderada: (40/70/60db)**
- **Pérdida severa (70/60 a 90 db)**
- **Pérdida profunda (>90db)**
- **Cofosis (pérdida total de audición, sin restos auditivos)**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

- Por si misma no tiene por qué afectar al desarrollo motor o psicomotor, pero si el sistema vestibular está afectado, **puede aparecer problemas de: equilibrio, coordinación general, adquisición de la marcha, arrastrar los pies, dificultades en la noción del esquema corporal, dificultades en la coordinación locomotora y la velocidad de reacción.**
- En principio, su desarrollo **no presentan diferencias significativas en comparación** con el resto de la población.
- Pero algunos estudios realizados por Linares, (1993) y Toro y Zarco, (1998), Torres o Valmaseda (2002) **aportan resultados sobre el desarrollo motor que a continuación sintetizamos.**

CARACTERÍSTICAS DEL COLECTIVO A TENER EN CUENTA:

• Nivel motor:

- Menos capacidad de reacción debido a la falta de **integración sensorial** de los estímulos.
- Dificultades de **control postural y segmentario**.
- Dificultades de **equilibrio, coordinación y ritmo**.
- Menor bagaje motor por pocas experiencias motoras debido a **la superprotección** o a la **no participación en la práctica deportiva**.
- Dificultades de **orientación espacial**, por privación del conducto auditivo para la identificación y localización de estímulos en el entorno.
- **Inhibición de determinados movimientos** por necesitar feedback auditivo.

• Nivel cognitivo:

- Proclive a tener dificultades con los **conceptos abstractos**.
- **Dificultad para desarrollar el lenguaje**.
- Tener en cuenta que **puede tener déficit en la atención**, por no poder seguir la comunicación.

- **Nivel socioafectivo:**

- Si la comunicación es frustrante puede manifestarse una **actitud pasiva, desinteresada, desconfiada e incluso irritable.**
- **Acceso limitado a los medios de comunicación auditivos o audiovisuales.**

NECESIDADES:

- Comunicación bidireccional, **código de comunicación adaptado.**
- **Dificultad en la discriminación auditiva** en las que tienen restos auditivos.
- **Dificultad de relación con el mundo exterior**, con necesidad de experiencias directas.
- **Dificultad para anticipar situaciones**, autorregulación y planificación de la conducta.
- **Necesidad de mayor información sobre las normas, valores y actitudes** para con el entorno con el que interactúa, ya que son conceptos abstractos de difícil asimilación.
- Conlleva **dificultad para entender las actividades regladas y/o complejas.**
- **Peligro de que se meta en su mundo interno sin querer relacionarse demasiado.**

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

(propuestas para mejorar la comunicación y la socialización).

- **Fomentar que haya un intérprete de signos** y animar al intérprete a estar cerca del profesor.
- **Proporcionarle planes de trabajo con anticipación** para poder transmitirle al niño-a antes.
- **Mantener reuniones periódicas con el intérprete de signos para que conozca la terminología deportiva o de la actividad a realizar.**
- **Tratar de emparejar durante la actividad** al niño-a sordo-a con otros compañeros-as.
- **No considerar al intérprete como un profesor asistente.**

NIÑOS-AS CON RESTO DE AUDICIÓN:

- **Minimizar los ruidos de fondo y esperar a que haya silencio antes de comunicarte.**

RECOMENDACIONES:

- **Asegurar la comprensión del lenguaje oral:**
- **Llamar la atención por medios visuales o táctiles antes de hablar.**
- **Colocarse delante de él/ella para que nos lea los labios**

- **Dar explicaciones sencillas y cortas** y asegurarse de que las entiende.
- **Atenuar y evitar los ruidos de fondo.**
- **No gritar, y utilizar un ritmo y entonación normal.**
- **No hablar mientras se escribe en la pizarra o se toma nota**, no dar la espalda y mirar hacia el alumno quieto, sin demasiado movimiento. (facilitar).
- **Completar la explicación oral con elementos visuales.**
- **Ejemplificar la actividad que se explica.**
- **Proporcionar feedback** al alumno acerca de su tono de voz (si es necesario).
- **Que la luz en recintos cerrados esté por detrás del alumno-as, y al aire libre, que la luz no nos de a nosotros de cara.**
- **Utilizar señales para indicar el inicio o final de cada ejercicio o de la sesión.**
- **Anticiparse cuando expliquemos nuevos conceptos**, pasar antes la información.
- **Asegurarnos de que tal vez no sigue las normas de la actividad porque no las ha entendido.**
- **Incentivar las tomas de decisiones por parte del alumno y facilitar o permitir el rol de liderazgo ante el grupo.**
- **Permitir y facilitar la ayuda y cooperación del resto del alumnado**
- **Se recomienda la presencia de un alumno colaborador** (por turnos)



8.DISCAPACIDAD FÍSICA



DISCAPACIDAD FÍSICA

- **CONCEPTO:**

“alteración del aparato motor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres sistemas, que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o diversas partes del cuerpo” (Basil y col 1997)

- **CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA** atendiendo a la **FUNCIONALIDAD DE LA PERSONA:**

La clasificación tiene un amplio abanico...

CONCEPTUALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN:

SE TENDRÁ QUE
TENER EN CUENTA

A) El momento en que se produce : (congénito o adquirido).

B) La duración (temporal o permanente)

C) La evolución (degenerativo o no degenerativo)

LA CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR Sanz y Reina, 2014, es:

- 1) **Según momento de aparición** (**Prenatales:** malformaciones congénitas, espina bífida, anquilosamiento. **Perinatal:** parálisis cerebral, parálisis del plexo braquial, **Posnatal:** parálisis cerebral, miopatía, lesión cerebral. **En la adolescencia:** miopatía de duchene. **..a lo largo de la vida:** amputaciones, traumatismos craneoencefálicos o TCE.).
- 2) **Según la etiología** (**Trasmisiones genéticas:** madre portadora de miopatía de duchene, **Infecciones microbianas:** tuberculosis ósea, secuelas de poliomeilitis. **Accidentes:** lesiones medulares, amputaciones...
- 1) **Según la localización** (según el nivel : monoplejia, diplejia, paraplejia, tetraplejia, triplejia, o hemiplejia)

DISCAPACIDAD FÍSICA

LESIÓN MEDULAR

ESPINA BÌFIDA

PARÀLISIS CEREBRAL

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÀLICO

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

AMPUTACIONES

POLIOMIELITIS

DISTROFIAS MUSCULARES

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PARÀLISIS DEL PLEXO BRAQUIAL

OTRAS DISCAPACIDADES

OSTEOGÈNESIS IMPERFECTA

ENANISMO

ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL Y ARTRITIS

ARTROGRIPOSIS

ATAXIA DE FRIEDRICH

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA:

- Posibilidad de presencia de osteoporosis** en los huesos de las piernas, por lo que es posible aparición de contracturas.
- Las personas con tetraplejias pueden manifestar bradicardias**, con picos de la FC en torno a 120 lat/min.
- No se adaptan fácilmente a elementos como el frío o el calor**, o al ejercicio debido a una **disfunción simpática** que puede incluir parálisis vasomotora o bloqueo cardíaco simpático. **Dificultad en la termorregulación.**
- Es común la hipotensión** durante el ejercicio, existiendo riesgo de trombosis venosa que conlleve embolia pulmonar.
- Dependiendo de la lesión, **la espiración forzada puede estar limitada o ausente.**
- **La parálisis de la musculatura esquelética depende del nivel o amplitud de la lesión** pudiendo manifestarse una parálisis espástica (motoneuronas inferiores) o flácida (motoneuronas superiores)

TENER EN CUENTA DE CARA A LA ACTIVIDAD FÍSICA:

- Pueden tener osteoporosis** o osteoartritis o espasticidad.
- Disfunciones urinarias e intestinales.**
- Disfunciones cardíacas**, deterioro de la capacidad respiratoria, disfunciones digestivas, alteraciones del tono muscular, de las articulaciones y deterioro sensorial.
- En algunas ocasiones posibles **problemas asociados a nivel cognitivo** (pérdida de memoria, descenso de la capacidad de procesamiento u otros problemas de comportamiento).
- Estados depresivos o de apatía.**

EL DISEÑO DEL ENTRENAMIENTO DEBE ESTAR ADAPTADO A CADA PERSONA EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES:

-UNA BUENA ORIENTACIÓN DEPORTIVA PUEDE CONTRIBUIR A MEJORAR:

-La condición física

-La autoeficacia.

-La confianza.

-La autoestima.

-La afectividad.

-Y la autonomía personal en la vida cotidiana



9. PARALISIS CEREBRAL



-DEFINICIÓN:

“Estado caracterizado por un control muscular escaso, espasticidad, parálisis y otras deficiencias neurológicas, como resultado de una lesión cerebral producida durante el embarazo, en el momento de nacer, después del nacimiento o antes de los cinco años” (Yanci y Santalla, 2003)

CLASIFICACIÓN: ___ Espástica, Atetósica, Ataxica o mixta

Hay que tener en cuenta que cuando realizan actividad física o deportivas pueden tener ineficacia y pobre economía de movimiento, por ello puede tener un gran gasto energético.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

- Pueden tener grandes **mejoras en las habilidades de la vida diaria (HVD)**.
- Pueden **mejorar su autoimagen**.
- Menor **espasticidad o atetosis** (por ello es importante la expresión corporal, y el desarrollo del control muscular).
- Mejorías en **los consumos de oxígeno y los umbrales respiratorios**.
- Mejora en la **coordinación, en la fuerza y la resistencia musculares**.
- Mejoras en la **autoestima, y la sensación de bienestar**.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS:

Animar a la interacción social mediante compañeros y pequeños grupos

- **Ser positivo, desarrollar planes para alcanzar el éxito, delante del resto de compañeros.**
- **Evitar la superprotección y tratarlos como niños o niñas.**
- **Resaltar los aspectos lúdicos, y no tanto los competitivos.**
- **Animar a los compañeros a mostrar ejemplos, dar feedback positivo.**
- **Permitir siempre que el sujeto se exprese verbalmente, y tener paciencia y estar dispuesto a escuchar, y si no lo has entendido, a decírselo.**

10.DISCAPACIDAD INTELECTUAL



CONCEPTO:

"Es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas".

Es una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares diferentes.

- **La discapacidad intelectual se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno.** Por tanto, depende tanto de la propia persona como de **las barreras u obstáculos** que tiene el entorno. Según sea un entorno más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente.
- **A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse.**
- **Es una discapacidad permanente, es decir, para toda la vida, y tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia.**
- **La discapacidad intelectual NO ES una enfermedad mental.**

Hoy vemos a la persona con discapacidad intelectual: Como una persona igual a las demás, como un ciudadano más. A cada persona en su entorno, con sus capacidades y sus limitaciones. Con posibilidades de progresar si le damos los apoyos adecuados.



CARACTERÍSTICAS GENERALES EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

-Varía considerablemente en las personas con discapacidad **leve, moderada y grave.**

-El ritmo desarrollo motor puede ser más lento en función del grado de discapacidad

NIVEL MOTOR:

-Suelen mostrar trastornos corporales (columna vertebral, musculares y articulares y **fisiológicos** (respiratorios, digestivos, cardíacos...etc)

-La resistencia cardiovascular puede ser inferiores a la media.

-Su desarrollo psicomotor puede ser **más lento.**

-Pueden tener alterado el tono muscular y de la postura.

-Niveles bajos de atención y vigilancia, cierta actitud dependiente (cultural). Y dificultad para estructurar la información .

NIVEL COGNITIVO Y LENGUAJE:

- Déficit en la memoria y la velocidad de procesamiento.**
- Dificultades en la asimilación de los conceptos abstractos.
- Dificultad para la resolución de problemas complejos.
- Lenguaje pobre, con estructuras simples.

NIVEL SOCIOAFECTIVO:

- Necesitan supervisión y apoyo durante períodos muy prolongados de tiempo, o para toda la vida en los casos más graves.**
- Presentan falta de iniciativa y autocontrol** ante determinadas situaciones.
- Pueden presentar alteraciones del carácter y trastornos de la personalidad.**
- Altos niveles de ansiedad y bajos niveles de autocontrol**, derivando en la ausencia de ciertas inhibiciones en ciertos comportamientos.
- Manifiestan mayor tendencia a evitar el fracaso, que a conseguir el éxito.**

NECESIDADES DEL COLECTIVO

- **Identificación de demandas del entorno, toma de decisiones, análisis y resoluciones de tareas lenta y complejas.**
- **Dificultad en el análisis de la tarea, mayor tiempo de reacción , inspección y emisión de la respuesta.**
- **Necesidad constante de supervisión y apoyo.**
- **Dificultad para mantener la atención**
- **Poca capacidad de simbolización**
- **Limitación en el uso del lenguaje.**
- **Dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones.**
- **(imagTrastornos en el desarrollo del esquema corporal en, equilibrio, control tónico y relajación , respiración y lateralidad).**
- **Bajo control de las habilidades motrices básicas, la expresión corporal y la capacidad creativa.**

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA:

-OBJETIVOS BÁSICOS:

- Desarrollar y o adquirir **aptitudes físicas y destrezas básicas** (sensoriomotores, de desplazamiento y manipulativas).
- Buscar un **mayor equilibrio** personal del individuo.
- Conseguir **hábitos de comportamiento** que aseguren cierta autonomía e independencia.
- Desarrollar **aptitudes y conductas deseables** que faciliten la integración social.
- Fortalecer las relaciones grupales, tanto con individuos con similares problemas como con el resto de la población
- Lograr **una adaptación positiva a la realidad**, llegando a asumir la discapacidad tal y como es.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

- **Simplificar las tareas.**
- **Aportar información concreta**, organizada y simplificada.
- **Períodos de aprendizaje cortos**, con mucha paciencia en el trabajo, valorando el mismo y dando feedback.
- **Pedagogía del éxito. Retos asumibles.**
- Ante falta de motivación. **Cambiar la tarea.**
- **Respetar las fases del desarrollo motor.**
- **Proponer actividades que favorezcan la autonomía, desarrollando habilidades sociales y comportamientos adaptativos.**
- **Establecer límites de comportamiento aceptable de forma individual con los alumnos-as impulsivos-as o hiperactivos-as.**

11. BIBLIOGRAFÍA

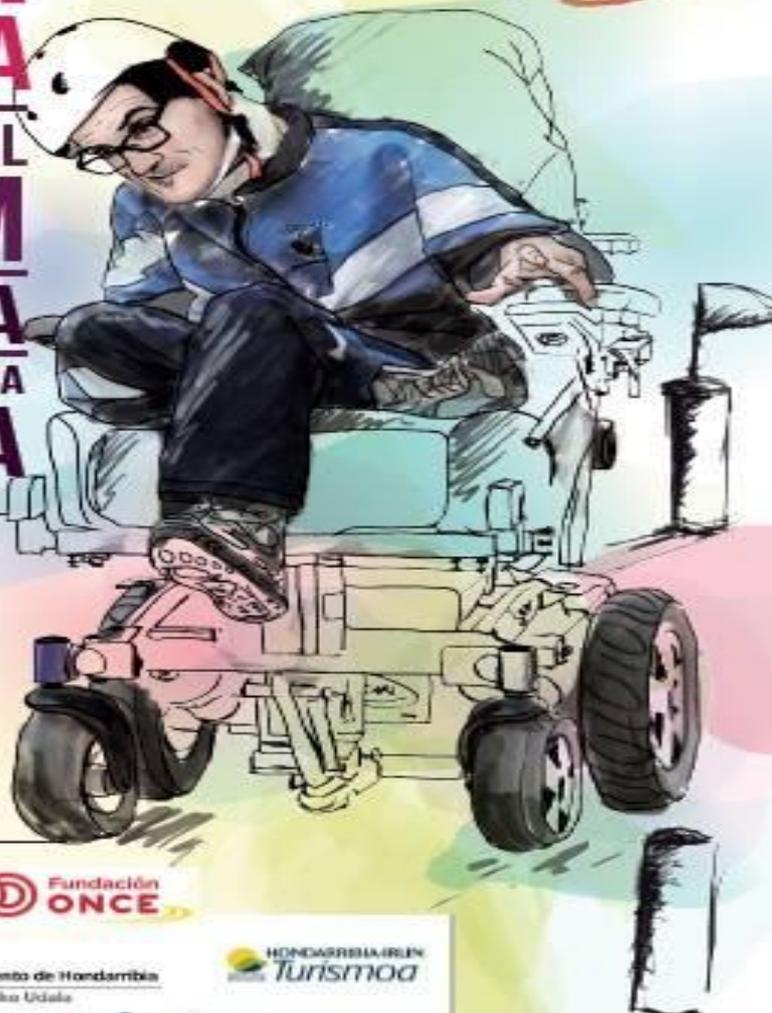
- *Adahigi.org*
- *Aspace.org*
- Crews y Cambel, Helh conditions, activity limitations, and participacion restrictions among older people witx visual impairments, Journal of visual impairment and blindness. 2001.
- David Sanz y Raul Reina. Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad. Ed. Paidotribo. 2012.
- Feaps.org
- Gautena.org
- Generelo, E.. La salud...algo más que un discurso teórico. Universidad de Huelva publicaciones. 2001
- Guia de trastorno mental . FEAFES.
- Hill,Rosen, Correa y Langley. Orientación y movilidad para prescolares. ICVG.Córdoba Argentina.1987
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV)*
- Barrios C. Curso de salud y práctica deportiva. Aplicaciones para la práctica. Madrid. Fundesforsa. 2000.
- Martinez,A., Del Valle, Cechini, Izquierdo,M. Asociación de la condición física saludable y os indicadores del estado de salud. Archivos de medicina del deporte. 2003
- Mikel Querejeta. PRESENTACIÓN DEL CIF en relación con la práctica deportiva. Jornada de formación de deporte adaptado e inclusivo. Donostia. 2015.
- Rios, M. Manual de Educación Física Adaptada al alumnado con discapacidad. Barcelona. Paidotribo. 2003
- Tamar Heller, Ph. Envejecimiento y discapacidad intelectual. Siglo Cero. 2009.
- Yanci, J y Santalla,A. “Estudio de la participación de deportistas españoles con parálisis cerebral en competiciones internacionales”. III Congreso nacional de motricidad y necesidades especiales. Toledo, 2003

ESTATU MAILAKO SLALOM TXAPELKETA

CAMPEONATO ESTATAL DE SLALOM HONDARRIBIA POLIDEPORTIVO / KIROLDEGIA HONDARTZA

ORGANIZA / ANTOLATZAILEA

Malatzak
16-17
de Mayo



FEDPC
Federación Española de Deportes de Personas con Parálisis Cerebral y Lesión Cerebral

FEDDF
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

PATROCINAN / BABESLEAK

CSD Consejo Superior de Deportes

ONCE Fundación ONCE

Gipuzkoa GOZUETA

Ayuntamiento de Hondarribia Hondarribiako Udala

EL DIARIO VASCO

eitb

Carrefour

"la Caixa"

KEMEN

igartza

INSALUS

WUOL

OFSA



ESKERRIK
ASKO

ESKERRIK
ASKO

