

Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Terapia Ocupacional



Tesis de Licenciatura

Aportes de la Terapia Ocupacional en el deporte
adaptado en relación a las AVDB Y AVDI

Ignacio Máspero Cajal

Directora: Lic. T.O María Salvatierra

Asesora metodológica: Dra. Ana C. Aymat

Tucumán

2016

“Si tus sueños son grande, es porque tu capacidad de lograrlos también lo es”

Anónimo

“Dale un pez a un hombre y comerá un día; enséñale a pescar y comerá siempre”

Anónimo

Pasaron 4 años de mucho sacrificio y dedicación, es por eso que este último esfuerzo quería comenzar agradeciendo de corazón a todos aquellos que estuvieron presentes en mi camino y me formaron, enseñándome a crecer con aciertos y errores:

A Dios;

A María Auxiliadora y San Juan Bosco;

A mi familia;

A mi novia Milagro Rojas;

A mis compañeros, en especial a Dolo, Juli, Flor y Mati;

A mi directora de tesis, María de los Ángeles Salvatierra, y a todos los profesores que me formaron;

A la Profesora Ana C. Aymat;

A Coco Codevilla y Cinthia Rivas;

A mis amigos, Emanuel, Matías, Cacho y Kilin.

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo I: Planteo del Problema de Investigación	8
Objetivo general	9
Objetivo específico	9
Preguntas de investigación	9
Justificación	9
Capítulo II: Antecedentes de investigación	11
Antecedente I	12
Antecedente II	13
Antecedente III	14
Capítulo III: Marco teórico	15
1. Deporte	16
1.2. El deporte adaptado.....	18
2. Terapia ocupacional	23
2.1 Actividades de la vida diaria básicas (AVDB).....	24
2.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI)	25
2.3 Terapia ocupacional y deporte adaptado	26
3. Patologías	29
3.1 Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)	29
3.2 Síndrome de Down.....	31
3.3 Discapacidad intelectual.....	33
3.4 Mielomeningocele.....	34
3.5 Ceguera	35
Capítulo IV: marco metodológico	37
Paradigma de la Investigación	38
Tipo y diseño de investigación	38
Variables	38
Variable I: “Nivel de independencia funcional de las AVDB”	38
Variable II: “AVDI: preparación del bolso deportivo”	39
Variable III: “Pertinencia de la intervención de Terapia Ocupacional”	40
Población	40
Muestra	40

Muestreo	41
Criterios de inclusión	41
Criterios de Exclusión	41
Consideraciones éticas	41
Técnica de recolección de datos y presentación de los instrumentos	42
Análisis de Datos	43
Capítulo V: Resultados	44
Contexto de la investigación	45
Análisis descriptivo	47
Capítulo VI: Discusión, Conclusiones y Propuestas	52
Discusión	53
Alcances y limitaciones	54
Conclusión	55
Propuestas	56
Capítulo VII: Bibliografía.....	57
Capítulo VIII: Anexos	61

Resumen

En el presente trabajo de tesis de licenciatura se investigó acerca de los aportes de la terapia ocupacional en el deporte adaptado. Se describió en relación a las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) (vestido, higienes y alimentación) y a la preparación del bolso deportivo correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI). Luego de determino la pertinencia de la profesión en el ámbito del deporte adaptado.

Se expone un estudio exploratorio-descriptivo de corte transversal de dos meses y quince días de duración con veinte personas entre 14 y 21 años de edad, con discapacidades físicas, mentales y sensoriales, pertenecientes al Programa "Entrenando por la vida" llevado a cabo en el complejo General Manuel Belgrano en la ciudad de San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán, Argentina.

Utilizándose una metodología cuantitativa, se buscó acceder a la información de los objetivos planteados. Mediante un muestreo no probabilístico discrecional, se seleccionaron los pacientes que fueron evaluados con un instrumento estandarizado, mediante la medida de independencia funcional (FIM), y otro no estandarizado relacionado con la preparación del bolso deportivo, a través de una lista de cotejo.

Luego del análisis de datos se concluyó que la pertinencia de la terapia ocupacional en el deporte adaptado es de un 95%, debido a la falta de independencia evaluada en cuanto a las AVDB y AVDI.

Cabe destacar la carencia informativa sobre la terapia ocupacional en el deporte adaptado, que hacen necesario más investigación.

Introducción

El primer registro de deporte adaptado se remonta a 1847, cuando un austríaco de apellido Klein editó un libro llamado "Gimnasia para ciegos".

Pero el auge del Deporte Adaptado no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Debido a la gran cantidad de afectados de la posguerra (principalmente lesionados medulares y amputados), en 1946 el Dr. Ludwig Guttmann, neurólogo y neurocirujano del Hospital de lesionados Medulares de Stoke Mandeville (Inglaterra), introdujo por primera vez el deporte en silla de ruedas.

El deporte adaptado cumple diferentes objetivos. Se distinguen dos finalidades principales: por un lado, como oferta de ocio y tiempo libre; por otra parte, se puede utilizar como complemento para la rehabilitación de las personas con discapacidad física, enfermedad mental, etc.

Con el objetivo de incluir el desempeño de una actividad deportiva en la intervención de Terapia Ocupacional, el terapeuta ocupacional analiza, de una forma previa, cuáles son las actividades o áreas de ocupación significativas, en relación a la práctica deportiva.

Es por eso que surge el interrogante de la importancia del terapeuta ocupacional en el deporte adaptado como parte de un equipo interdisciplinario.

Capítulo I: Planteo del Problema de Investigación

Planteamiento del problema de investigación

Objetivo general

- Caracterizar el aporte de la Terapia Ocupacional en deporte adaptado en personas con discapacidad motriz y mental, que asisten a un club deportivo de San Miguel de Tucumán.

Objetivo específico

- Conocer el nivel de independencia funcional en AVD básicas (higiene, alimentación y vestido) de personas con discapacidad motriz y mental en la rutina previa al inicio de la actividad deportiva.
- Evaluar las AVD instrumentales: preparación del bolso deportivo de personas con discapacidad motriz y mental en la rutina previa al inicio de la actividad deportiva.
- Identificar la pertinencia de la intervención de Terapia Ocupacional en deporte adaptado según grado de independencia de las AVD básicas e instrumentales.

Preguntas de investigación

- ¿Las personas con discapacidad motriz y mental de esta muestra son independientes en las AVD básicas (higiene, alimentación y vestido)?.
- ¿Las personas con discapacidad motriz y mental de esta muestra reconocen y utilizan adecuadamente los objetos necesarios para la preparación del bolso deportivo?
- ¿Se requiere la intervención de un terapeuta ocupacional, durante el proceso de preparación previo y posterior?

Justificación

Es comúnmente aceptado por la sociedad el valor esencial que el deporte representa en el desarrollo integral de la persona, tanto en el aspecto físico como en el psíquico o social, posibilitando un equilibrio entre estos tres componentes de la personalidad del ser humano.

En el caso de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad, este valor y sus efectos son aún más claros y evidentes. Así, a las personas con discapacidad la práctica del deporte les posibilita la readaptación física y psicológica, la lucha contra la

incapacidad y la reintegración social. Para ellos, el deporte puede constituir la forma más natural de llevar a cabo sus ejercicios de rehabilitación de una forma más agradable, lúdica y menos monótona.

A todas las personas con discapacidad, sin duda, la participación en juegos y deportes adaptados es de utilidad para obtener una forma física más apta, tener hobbies, disfrutar del tiempo de ocio, tener experiencias positivas de carácter social y, en definitiva, ejercer una extraordinaria influencia en la rehabilitación, socialización, integración y la normalización.

Esta investigación aborda la pertinencia o no de la intervención del terapeuta ocupacional conociendo el nivel de independencia funcional en las AVD de las personas que practican deporte adaptado.

Capítulo II: Antecedentes de investigación

Antecedente I

Gutiérrez San Martín, M. (2006) *Análisis de los motivos para la participación en actividades a la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad*, Valencia, España.

Tradicionalmente, la actividad física adaptada ha sido utilizada para conseguir efectos terapéuticos y rehabilitadores en las personas con discapacidad. Actualmente, los educadores relacionados con la actividad física y deporte adaptado pretenden hacer ver a la sociedad en general que las personas con discapacidad pueden practicar actividades físicas y deportivas por las mismas motivaciones que las personas sin discapacidad. Para contribuir a este objetivo, y empleando como marco de referencia la teoría de las metas de logro, hemos analizado las motivaciones de una muestra de 80 personas con discapacidad funcional y otras 80 sin ningún tipo de discapacidad, todas ellas practicantes de actividades físico-deportivas. El instrumento de medida utilizado ha sido el "Cuestionario de motivos para la participación" de Brasile, Kleiber y Harnisch (1991). Los resultados indican que los deportistas con discapacidad están más orientados al ego que los deportistas sin discapacidad, y obtienen puntuaciones más elevadas en los factores de integración social y afectividad social, como motivos para sus prácticas físico-deportivas.

Antecedente II

Hellín, P., Moreno, J.P. y Rodríguez, P.L. (2004) *Motivos de práctica físico-deportiva en la región de Murcia*. Cuadernos Psicología del Deporte, vol 4, nº 1-2, Murcia, España.

El objetivo de este estudio es comprobar, cuáles son los motivos de práctica físicodeportiva de la población de la Región de Murcia teniendo en cuenta el pensamiento y la importancia que conceden a la actividad física y la alimentación como elementos que se relacionan con el concepto de salud, afín de satisfacer una práctica más acorde a las necesidades de una sociedad inmersa en la cultura del ocio y el tiempo libre. Para ello analizamos, según la edad y el género, el pensamiento sobre qué es la actividad físico-deportiva y la influencia que en el concepto de salud tienen elementos como la actividad física y la alimentación, relacionando todo ello, con los motivos de práctica físico-deportiva. La muestra está compuesta por 1107 sujetos de edades comprendidas entre 15 y 64 años. La información ha sido recogida a través del instrumento C.A.P.A.F.D. (Cuestionario para el Análisis de la Práctica de Actividades Físico-Deportivas) elaborado específicamente para esta investigación. Tras diversos análisis de independencia entre variables mediante las pruebas de χ^2 de Pearson completada con análisis de residuos, las conclusiones obtenidas apuntan que, la actividad física constituye el elemento primordial que define el concepto de salud para los adultos y los varones. La preocupación por la imagen corporal y la estética es mayor entre las mujeres, los jóvenes y las personas de mediana edad, disminuyendo claramente en las personas mayores. La mujer y los mayores cuidan más la alimentación, comenzando este interés a edades más tempranas que en el varón. La idea de una práctica físico-deportiva para todos es predominante entre la población de la Región de Murcia. No obstante, la diversidad de intereses y motivaciones se hace patente; mientras los jóvenes se inclinan hacia la competición, los adultos, mayores y mujeres lo hacen movidos por los aspectos lúdicos, relajantes y de relación que tiene la práctica.

Antecedente III

Bacelar Pousa, S. (2014) *Deporte y calidad de vida en personas con discapacidad física*. Universidad de La Coruña, España.

Objetivos: Analizar la percepción de las personas con discapacidad física, con respecto a la actividad deportiva, y determinar cómo influye el desempeño de estas ocupaciones en la calidad de vida.

Metodología: Se ha empleado metodología cualitativa y cuantitativa. La población de estudio está formada por 14 personas con discapacidad física, distribuidas en 2 grupos de 7 participantes: practican deporte vs. no. La recogida de información se ha realizado mediante una entrevista semiestructurada y el cuestionario de calidad de vida Euroqol.

Resultados: edad media 46´64 años; la principal condición de salud que origina la discapacidad es la poliomielitis. Los participantes que desempeñan una actividad deportiva perciben un estado de salud significativamente mejor que los que no realizan deporte ($p=0´011$). Tras el análisis de la información, emergen las siguientes categorías de significado: “práctica deportiva”, “motivos para hacer deporte”, “deporte como complemento a la rehabilitación”, “participación social” y “significado del deporte”.

Conclusiones: El desempeño de una ocupación deportiva mejora la valoración del estado de salud. Las personas que practican deporte perciben un nivel de salud mayor. Se argumenta la necesidad de incluir las ocupaciones deportivas en la intervención de Terapia Ocupacional, para promover salud, bienestar y participación social.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Discapacidad física, Calidad de vida y Deporte.

Capítulo III: Marco teórico

Marco teórico

1. Deporte

El deporte es una entidad multifuncional que concierne a diversos aspectos de la vida humana y social. En la actualidad, el término de deporte es utilizado generalmente para designar a un tipo de actividad física que presenta unas características determinadas, pero sin que su definición sea explícita y aceptada de forma genérica.

Diversos autores y organismos han intentado aproximar una definición de deporte. Una de las primeras definiciones ha sido aportada por Söll (2000), para quien el deporte “es una actividad libre y sin objeto, pero realizada sistemáticamente y según reglas determinadas: una actividad de la totalidad del hombre, de movimiento corporal ejercida en competición y en colectividad que, primariamente, sirve para la ejercitación y educación del cuerpo, pero finalmente tiene también presente la formación de toda la personalidad”. En esta definición, se dan las características de ejercicio físico, competición y reglas, de las que se desprende una concepción dualista del ser humano, al afirmar que influye tanto físicamente como en la personalidad.

La Nueva Carta Europea del Deporte (1992) lo define como “todas las formas de actividades físicas que, mediante una participación organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o la obtención de resultados durante la competición”.

El deporte está visto actualmente como un rasgo dominante en nuestra sociedad, generado a partir de la necesidad de cubrir el tiempo libre y, a su vez, es una forma real de satisfacer las demandas de la mayoría de la población. En la sociedad actual, el ocio ha pasado a ser una esfera cada vez más significativa de la vida, afirmándose no solo como una atractiva posibilidad, sino como un valor en sí mismo. La práctica deportiva actúa en muchas ocasiones como un agente de socialización, favoreciendo el aumento de la participación social.

Una actividad importante para tener en cuenta a la hora de aumentar la calidad de vida de la persona es el deporte. Éste es uno de los fenómenos más populares de nuestro tiempo. Quizás sea la práctica deportiva el único fenómeno que rompe las barreras de clase en cuanto se refiere a la participación social. La mayoría de la

población continúa contemplando el deporte como una actividad individualmente saludable e higiénica, y socialmente provechosa e interesante.

El ejercicio activo y habitual influye positivamente en la calidad de vida de las personas que padecen diversas condiciones de salud.

El trabajo de Caracuel y Arbinaga (2010) demuestra que el ejercicio físico influye positivamente en diversos aspectos de la persona, tales como el funcionamiento del sistema locomotor; la prevención, mejora y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares; el control del peso o las adicciones a sustancias tóxicas. Los autores establecen que, para obtener unos resultados positivos, el ejercicio debe reunir unas características especiales, con respecto a su duración, intensidad y frecuencia.

Cantón (2001), en su estudio acerca del deporte, salud, bienestar y calidad de vida, afirma que la práctica deportiva actúa como un factor importante en la prevención de las enfermedades. La actividad física está incluida dentro de las áreas básicas de actuación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En algunas ocasiones, la práctica deportiva actúa como apoyo a intervenciones dirigidas hacia la depresión o el estrés, o como estrategia de prevención.

Las personas que practican deporte tienen un 50% menos de probabilidad de fallecer de forma prematura debido a problemas cardiovasculares, en comparación con las personas sedentarias.

La práctica deportiva es considerada una fuente importante de salud y felicidad humana. Mediante el desempeño de una actividad deportiva, se consigue la conservación y, si es posible, la mejora de las capacidades físicas y mentales.

El deporte en general, es la específica conducta humana caracterizada por una actitud lúdica y de afán competitivo de comprobación y desafío, expresada mediante el ejercicio corporal y mental, dentro de disciplinas y normas preestablecidas orientadas a generar valores morales, cívicos y sociales que se lleva a cabo mediante juegos individuales o por equipos, según unas reglas estipuladas, bajo la mejoría de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones a todos los niveles”(Carta Europea deporte Para todos. 1975)

1.2. El deporte adaptado

El deporte adaptado es la actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas en condición de discapacidad física, mental y/o sensorial (García de Mingo, 2004). Tiene como fin de configurar su identidad dentro del deporte de rendimiento (Sherllil, 1998); bajo el principio de inserción social (García de Mingo, 2004).

El primer registro de deporte adaptado se remonta a 1847, cuando un austríaco de apellido Klein editó un libro llamado "Gimnasia para ciegos". Entre el 1888 y el 1900 se lleva a cabo en Alemania el Primer Programa de Deportes para Sordos. En 1922 se fundó el Comité de Deportes para sordos, en Holanda y ese mismo año se creó el primer club de Motociclistas Discapacitados. Luego, en 1924 la Comunidad Internacional de Personas Invidentes acudía a París, Francia para realizar competencias a la par de los Juegos Olímpicos disputados en esa ciudad.

Pero el auge del Deporte Adaptado no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Debido a la gran cantidad de afectados de la posguerra (principalmente lesionados medulares y amputados), en 1946 el Dr. Ludwing Guttman, neurólogo y neurocirujano del Hospital de lesionados Medulares de Stoke Mandeville (Inglaterra), introdujo por primera vez el deporte en silla de ruedas. En un principio Guttman buscaba a través del deporte establecer el bienestar psicológico y el buen uso del tiempo libre del paciente. Al tiempo se dio cuenta que la disciplina deportiva influía positivamente también en el sistema neuromuscular y ayudaba a la reinserción de la persona en la sociedad.

Este profesional comenzó con el tiro con arco, el basketball en silla y el atletismo, para luego continuar con muchos otros deportes hasta llegar a implantar en 1960 la halterofilia (levantamiento de pesas). Realizándose en 1948 los primeros Juegos Nacionales en silla de ruedas en Stoke Mandeville, coincidiendo con el inicio de los Juegos Olímpicos en Londres.

Al mismo tiempo en EEUU el Básquet o Baloncesto en silla hacía furor. El equipo "Flying Wheels" (Ruedas Voladoras) de California, Estados Unidos, realizó una serie de presentaciones en su país y gracias al impacto que causó entre la gente, con su interés y apoyo, en 1949 se realizó el 1° Torneo Nacional, formándose la N.W.B.A. (National Wheelchair Basketball Association).

En 1952 pasan a ser Internacionales los Juegos de Stoke Mandeville con la integración de Holanda. Debido al interés creado y a la incorporación de varios deportistas cada año, actividades como lanzamiento de bala, de disco, básquetbol, esgrima, levantamiento de pesas, tiro con arco, bolos, carrera de velocidad, natación, tenis de mesa y pentatlón debieron ser reglamentadas y adaptadas para su práctica en silla de ruedas.

El trabajo de Guttman, nombrado "Caballero (Sir)" por la Reina Isabel de Inglaterra gracias a su labor, comenzaba a rendir sus frutos a nivel mundial, pues en 1960, en Roma (Italia), se disputaron los primeros Juegos Olímpicos sobre Silla de Ruedas (después rebautizados como Paralímpicos) a continuación de los Juegos Olímpicos.

Al igual que los Juegos Olímpicos, los Juegos Paralímpicos hicieron su aparición cada cuatro años, y en cada evento, el número de naciones y atletas participantes fue en aumento. En Roma (Italia), en 1960 sólo participaron paraplégicos que practicaban deportes sobre silla de ruedas. Para 1976 en Toronto (Canadá), se permitió por primera vez que compitieran deportistas amputados y con deficiencia visual y en 1980 en Arnhem (Holanda), se incorporaron a los afectados por parálisis cerebral y a "les autres" (los otros en francés) en la que participan aquellos atletas con discapacidad que no encuadran en ninguno de los grupos previos.

El surgimiento del deporte adaptado en América del Sur tiene lugar en la década del '50 como consecuencia de la epidemia de Poliomiélitis que azotó a esta región. Es en esta década cuando la discapacidad adquiere otra dimensión, debido a que fue la primera vez que estos países se encontraron con una cantidad de afectados casi de la misma dimensión que en una posguerra, con la gran diferencia que en esta ocasión eran niños.

Argentina no sería la excepción, con las epidemias de Poliomiélitis de 1956 y 1957 son creadas las infraestructuras necesarias para combatir y sobrellevar la problemática de la población afectada. A raíz de esto comienzan las actividades para personas con discapacidad en nuestro país, entre ellas el deporte adaptado.

Marcelo J. Fitte, fue la primera institución del país en trabajar con deportistas en silla. Los Profesores Héctor Ramírez y Héctor Moguilevsky fueron sus precursores, los deportes practicados fueron: básquet, atletismo y natación, llegando a participar

en los 1º Juegos Paralímpicos en Roma en 1960, obteniendo 5 medallas (3 de plata y 2 de bronce) en natación, siendo el único país latinoamericano en participar de los 23 que integraron la nómina.

En 1960 se funda la Organización Internacional de Deportes para Discapacitados, entidad responsable del establecimiento de las reglas para el desempeño de la práctica deportiva adaptada a personas con discapacidad.

Las primeras referencias en España, en relación a la práctica del deporte adaptado, se localizan en los Hogares Mundet, una institución catalana de 1956, de la mano de Juan Antonio Samaranch que utilizó el deporte como una herramienta eficaz para la normalización y para la integración social. Como miembro del Comité Olímpico Internacional, consiguió que se organizaran los Juegos Paralímpicos, en las ciudades responsables de los Juegos Olímpicos; esto se llevó a cabo, por primera vez, en Barcelona. En 1968 creó, junto a Juan Palau, la Federación Española de Deportes para Personas con Discapacidad.

El deporte adaptado cumple diferentes objetivos y se distinguen dos finalidades principales: por un lado, como oferta de ocio y tiempo libre; por otra parte, se puede utilizar como complemento para la rehabilitación de las personas con discapacidad física, enfermedad mental, etc.

A partir de diversos documentos, se ha elaborado una tabla muestra los principales beneficios de la práctica del deporte adaptado:

Beneficios de la práctica del deporte adaptado:

- Físicos: Desarrollo de resistencia, fuerza y flexibilidad. Mejora del control postural y del equilibrio. Aumento de la capacidad cardiorrespiratoria. Prevención, mejora y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares. Prevención de la obesidad.
- Psicológicos: Reducción de la angustia y la ansiedad. Fortalecimiento de la autoestima y del autoconcepto. Prevención de la depresión. Disminución del nivel de estrés.
- Sociales: Integración social. Promoción del trabajo en equipo.
- Generales: Mejora de la salud y de la calidad de vida. Promoción de la independencia y de la autonomía personal en el desempeño diario.

Las personas con discapacidad continúan enfrentándose a múltiples obstáculos a la hora de acceder a las diversas áreas de la vida social. Sus necesidades vitales se ven en muchas ocasiones, parcial o totalmente, restringidas por diversos motivos, como la accesibilidad, las barreras arquitectónicas, la falta de motivación, la ausencia de infraestructuras o de medios económicos.

Según Ibáñez (2004), en un estudio realizado en la población española con discapacidad, en relación al empleo del tiempo libre, los deportes son la principal afición de los encuestados; sin embargo, sólo el 6% acude a eventos deportivos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1976), durante su primera Conferencia internacional de ministros y líderes en actividad física, destaca que “todo ser humano tiene el derecho fundamental de acceder a la educación física y al deporte, indispensables para el completo desarrollo de su personalidad. El derecho a desarrollar aptitudes físicas, intelectuales y morales, mediante la educación física y el deporte, queda garantizado, tanto en el marco del sistema educativo, como en los demás aspectos de la vida social”.

En la Quinta Conferencia Internacional de Ministros y Altos Funcionarios encargados de la Educación Física y el Deporte (2013), celebrada en Berlín, se trataron tres temas principales: el acceso al deporte y a la educación física como un derecho fundamental para todos los ciudadanos, la promoción de la inversión en programas de deporte y educación física, así como la preservación de la integridad del deporte. Estos tres ámbitos han de ser especialmente protegidos, dado el potencial del deporte para impulsar la inclusión social, especialmente en las personas con discapacidad. Se menciona también la importancia que tiene el deporte en el desarrollo de los individuos y de las sociedades.

Diversos condicionantes limitan la participación de las personas con discapacidad en las actividades deportivas:

- Formación precaria de los educadores y técnicos deportivos.
- Escaso conocimiento por parte de la población: evitación, insolidaridad, falta de sensibilización.
- Las actitudes de las familias de las personas con discapacidad: desconocimiento de los beneficios que aporta, miedos injustificados, así como la falta de tiempo para acompañarlos en las instalaciones deportivas.

- Inexistencia de una metodología de trabajo en red y ausencia de mecanismos de coordinación institucional.

- Falta de información al alcance de las personas con y sin discapacidad.
- Barreras arquitectónicas y de comunicación.
- Ausencia o déficit en los medios de transporte adaptados.
- Escasez de recursos económicos.

Con el objetivo de que las personas con discapacidad puedan participar, en igualdad de condiciones que las demás, en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados firmantes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Naciones Unidas en el año 2006, se comprometieron a adoptar medidas para:

- Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales.

- Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar, desarrollar y participar en actividades deportivas y recreativas específicas.

- Alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones, instrucción, formación y los recursos adecuados para llevar a cabo dichas actividades recreativas y deportivas.

- Asegurar la accesibilidad de las personas con discapacidad a las instalaciones deportivas, recreativas y turísticas.

- Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso que los demás a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar.

- Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

El deporte adaptado tiene diferentes enfoques en relación a su objetivo de alcance dentro de los que se encuentran: El deporte terapéutico. Recreativo y de Competición. - Deporte Terapéutico: Perfecciona las habilidades motoras que se han visto afectadas por diferentes circunstancias con el objetivo de que el individuo tenga más autonomía en su cotidianidad.

- Deporte Recreativo: Busca enfatizar fundamentalmente en un enfoque recreativo o de diversión. Cuyo objetivo va encaminado a la integración y relación social.

- Deporte de Competición: Se caracteriza por la búsqueda de resultados a nivel competitivo (Sherrill, 1998).

Este último deporte de competición, establece una estructura con el fin de demarcar la función y objetivo de alcance para quien lo practica según su nivel de participación, categorizando si la persona en condición de discapacidad esta o no apto para su rol de desempeño. Dentro de las estructuras que se encuentran están:

- La estructura denominada deporte masivo: Busca incrementar el desarrollo de la práctica de actividades físico recreativo y deportivo, ocupando el tiempo libre con finalidades compensatorias; en donde la participación de las personas que la componen se caracteriza por la práctica de uno o diversos deportes, según las normas que marcan los reglamentos federativos.

- La estructura denominada cultura física: En donde las prácticas pueden estar más o menos institucionalizadas y hay libertad para aceptar las normas que derivan de los reglamentos deportivos. Lo importante de esta estructura es la participación.

- La estructura del deporte profesional: Cuya actividad deportiva se considera de carácter laboral, y que en el caso del deporte adaptado hace referencia al deporte Paralímpico, ya que es su máximo exponente.

2. Terapia ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2012) define la Terapia Ocupacional como la “profesión socio sanitaria centrada en el cliente, que promociona la salud y el bienestar mediante la ocupación. El objetivo principal consiste en capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante el trabajo con personas y comunidades, para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, que necesiten, o que se espera de ellas que hagan, así como mediante la modificación de la ocupación o del entorno, para un mejor compromiso ocupacional.

El Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (Asociación Americana de Terapia Ocupacional 2010), establece que el objetivo de la disciplina

consiste en apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación.

El actual paradigma contemporáneo de la Terapia Ocupacional defiende que, puesto que la ocupación es una necesidad humana básica, las personas que no tienen acceso, o tienen un acceso restringido a las actividades ocupacionales, pueden experimentar una disminución en la calidad de vida. El uso de la ocupación para mejorar el estado de salud se reconoce como el centro de la Terapia Ocupacional.

Los terapeutas ocupacionales reconocen que la salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que son significativas o necesarias para su hogar, colegio, lugar de trabajo o situaciones de la vida en comunidad. Involucrarse en una ocupación para mantenerse activo es el objetivo principal de la intervención de la Terapia Ocupacional. Los terapeutas ocupacionales dirigen el resultado de su trabajo en algunas, o hacia todas las áreas, en las que la habilidad de la persona está afectada para participar en las ocupaciones.

2.1 Actividades de la vida diaria básicas (AVDB)

Las actividades básicas o AVDB, son definidas como aquellas que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Se conocen también como actividades personales de la vida diaria, actividades avanzadas de la vida diaria o actividades de la vida cotidiana. Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar.

- Bañarse, ducharse: Engloba todo el proceso y todos los puntos necesarios para llevarla a cabo. Es decir, no se trata solamente del hecho de ducharse, si no que entran en juego muchos otros aspectos. Preparación del agua (fría, caliente, templada), preparación de las toallas y jabones. Por supuesto, incluye el proceso de baño, enjabonado y aclarado. Tampoco hay que descuidar aspectos como el correcto control postural durante el baño o ducha y prevención de caída tanto durante la ducha baño como al inicio y final.

- Cuidado de la vejiga y los intestinos: Incluye el control completo de vejiga e intestino y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos. En caso de que la persona tenga que llevar sondas, todo lo relacionado con ello, sustitución e higiene de las mismas, también está incluido dentro del cuidado de la vejiga e intestinos.

- Vestirse: Aquí se incluyen las acciones de seleccionar la ropa de forma adecuada a la climatología y a los eventos y por supuesto, incluye la acción propia de vestirse y la de desvestirse.
- Comer: La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- Alimentación: Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto NO es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- Movilidad funcional. Hace referencia a la capacidad de moverse de una posición a otra. Por ejemplo moverse de una posición a otra, movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
- Cuidado de la ayudas técnicas personales. Las ayudas técnicas personales deben ser cuidadas y mimadas por el usuario o cuidador para asegurar su correcto funcionamiento y duración. El mantenimiento, limpieza y correcto uso de las ayudas técnicas personales, son puntos a tener en cuenta dentro de esta actividad.
- Higiene y arreglo personal. Obtener y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo como por ejemplo el peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas o cualquier otra que se te ocurra o que hagas a lo largo del día.
- Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la plena satisfacción.
- Aseo e higiene en el inodoro. Obtener y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza y la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad y el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

2.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI)

Las actividades instrumentales de la vida diaria se definen como aquellas destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional. Al igual que con las anteriores estas también pueden conocerse con distintos nombres como actividades de la vida diaria avanzadas, AVDI o Instrumental activities of daily living (IADL) en inglés.

- Cuidado de los otros. Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros, familiares y amigos.
- Cuidado de las mascotas. Al igual que en la anterior, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
- Criado de los niños. Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- Uso de los sistemas de comunicación. Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.
- Movilidad en la comunidad. Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc., conducción.
- Manejo de temas financieros. Uso de recursos fiscales.
- Cuidado de la salud y manutención. Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- Crear y mantener un hogar. Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
- Preparación de la comida y limpieza. Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- Religión
- Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias. Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- Ir de compras. Planificar la compra así como ejecutarla.

2.3 Terapia ocupacional y deporte adaptado

Se debe utilizar el deporte como modelo de inclusión, puesto que la práctica deportiva saludable favorece la mejora de la calidad de vida (Comisión de las Comunidades Europeas, 2008). Desde la disciplina de la Terapia Ocupacional, algunos de los objetivos de la intervención mediante la práctica del deporte son: la mejora del equilibrio, el desarrollo de la fuerza y de la resistencia muscular, el dominio de la técnica del desplazamiento en la silla de ruedas, el aumento de la autoconfianza y la promoción de la integración, así como de la participación social, a través de actividades

grupales y de equipo. Mediante el desempeño de actividades deportivas, la persona se involucra en una ocupación que, además de ser significativa, le aporta beneficios en diversos ámbitos de la vida, la salud y el bienestar.

La participación en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, es una oportunidad para participar de una forma activa y plena en la vida de la comunidad, más allá de su familia inmediata, entorno cotidiano en la vida de una proporción amplia de las personas con discapacidad.

Con el objetivo de incluir el desempeño de una actividad deportiva en la intervención de Terapia Ocupacional, el terapeuta ocupacional analiza, de una forma previa, cuáles son las actividades o áreas de ocupación significativas, en relación a la práctica deportiva:

- Actividades de la vida diaria básicas: vestido para ir a los entrenamientos/competiciones, tras la práctica, ducha y aseo, preparación para la actividad.

- Actividades de la vida diaria instrumentales: preparar el bolso deportivo, desplazarse al lugar donde se realiza la actividad deportiva, relacionarse con los compañeros de equipo o rivales.

- Descanso y sueño: tras la realización de una actividad física, la calidad del descanso es mayor.

- Participación social: el deporte favorece las relaciones sociales; en la práctica deportiva, la persona se relaciona con el entrenador, con los compañeros del equipo, los rivales, etc.

- Ocio y tiempo libre: el deporte es una actividad de ocio caracterizada por ser activa y saludable.

Existen varios documentos en los que se menciona la importancia del deporte y la actividad física en la ocupación del ser humano, estando la mayoría centrados en el ámbito de la salud mental. Con el objetivo de mejorar la salud mental, Hipócrates ya recomendó en su época la práctica de la lucha libre y de la equitación como un método efectivo.

Sánchez (2011), terapeuta ocupacional de un hospital de día de Madrid, realizó un programa de judo con usuarios adolescentes y concluyó que la práctica de una

actividad deportiva minimiza los síntomas de la enfermedad y, en definitiva, mejora la calidad de vida.

Barrios (2012), en un programa de actividad física llevado a cabo con personas con síndrome de Down, expone que, de una forma indirecta, el desempeño de ocupaciones deportivas potencia la autonomía personal.

El uso de la actividad física como método terapéutico implica que ésta haya sido elegida por la persona de una forma libre, según los intereses y preferencias de la persona que la realiza, y favorece el desarrollo o expresión de habilidades e inquietudes, ámbito de actuación destacado en la intervención de Terapia Ocupacional.

Los terapeutas ocupacionales disponen de una amplia capacidad profesional que les permite conseguir un ajuste del entorno al paciente. Por ese motivo tiene un papel relevante a la hora de posibilitar el deporte en personas con algún tipo de discapacidad.

El deporte adaptado consiste en la adaptación de este para que las personas con algún tipo de discapacidad puedan practicarlo.

El número de deportes adaptados ha ido creciendo poco a poco pudiéndonos encontrar una gran variedad en los últimos años. La gran mayoría de los deportes convencionales, pueden ser practicados por personas con discapacidad, tanto física como intelectual, y dependiendo el tipo de discapacidad se precisarán unas adaptaciones u otras.

El deporte se ofrece como una inmejorable oportunidad para el desarrollo integral de las personas con algún grado de discapacidad, disminución o deficiencia para llevar a cabo una actividad en comparación al grado que se considera normal, y su integración en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho. Si bien, el deporte es una actividad de competencia, para las personas con discapacidad no deja de serlo, por ello el deporte que practiquen deberá ser adaptado a la disminución que evidencian, según sea esta de índole sensorial, motora y/o mental.

El deporte adaptado simboliza una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica, es decir, toda persona con alguna disminución de sus capacidades deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros relativamente normales, siendo muchas veces estos parámetros las barreras que

diariamente las personas con alguna disminución o discapacidad deberán enfrentarse y derribar, ayudándolos así a fortalecer su psiquis en relación a la afectividad, emotividad, control, percepción y cognición.

3. Patologías

La ONU considera tres tipos de discapacidad: física, mental y sensorial.

3.1 Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)

ECNP también llamada Parálisis Cerebral, es un trastorno del tono muscular y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro.

La lesión es cerebral, por lo que el diagnóstico de Parálisis Cerebral no incluye otras causas de trastorno motor; "No progresiva": quedan excluidas aquellas enfermedades degenerativas en las que la lesión evoluciona hacia un deterioro motor progresivo irreversible. "De carácter persistente", lo que tendrá importancia en la previsión de requerimientos terapéuticos, educacionales, entre otros.

Aun que los trastornos posturales y del movimiento son las señales de identidad de la parálisis cerebral, normalmente coexisten siempre con otros trastornos secundarios. Los déficits visuales o auditivos, las convulsiones, el deterioro cognitivo, las discapacidades del aprendizaje y los problemas motores y conductuales orales añaden otras complicaciones a las vidas de estos niños.

La incidencia global de PC se sitúa alrededor de un 2% de los niños nacidos vivos.

Etiología: pueden ser por causas prenatales, perinatales o postnatales:

- Prenatales: anoxia prenatal, consumo de drogas o tóxicos, amenaza de aborto, desnutrición materna, infecciones.
- Perinatales: prematureidad, bajo peso al nacer, cianosis al nacer, trauma físico directo durante el parto, anoxia.
- Post natales: infecciones, puntuación de apgar bajo, traumatismos craneales, prematurez, intoxicaciones, epilepsia.

Clasificación clínica

❖ *Parálisis cerebral espástica* con compromiso de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal. Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez. Se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento.

❖ *Parálisis cerebral disquinésica* (atetosis o distónica): en este caso la disfunción se encuentra en el sistema extra piramidal. Se caracteriza por alteración del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo, aparición de movimientos involuntarios y persistencia muy manifiesta de reflejos arcaicos. Los movimientos son de distintos tipos: corea, atetosis, temblor, balismo, y distonías.

❖ *Parálisis cerebral atáxica*: con lesiones de cerebelo; a su vez esta forma, en función de la sintomatología predominante y de su asociación o no con signos de espasticidad, se clasifica en: ataxia simple, diplejía atáxica y síndrome de desequilibrio.

❖ *Parálisis cerebral hipotónica*, que en muchos casos no será más que la primera fase de la evolución hacia una PC espástica, sobre todo distónico o atáxica.

❖ *Parálisis cerebral mixta*: Se hallan combinaciones de diversos trastornos motores y extra piramidales con distintos tipos de alteraciones del tono y combinaciones de diplejía o hemiplejías espásticas, sobre todo atetósico. Las formas mixtas son muy frecuentes.

Clasificación topográfica en función de la extensión del daño cerebral:

➤ Se denomina tetraparesia al compromiso global, incluyendo el tronco y las cuatro extremidades, con un predominio en miembros superiores.

➤ Diplejía es el compromiso de las cuatro extremidades con un predominio de miembros inferiores.

➤ Hemiplejía es aquel trastorno motriz en el que el compromiso se limita a un hemicuerpo.

➤ Cuando existe un compromiso de las cuatro extremidades, pero muchas más evidente de un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia, se denomina doble hemiplejía.

Diagnóstico

Es fundamental el conocimiento del desarrollo psicomotor normal del niño durante las primeras etapas, sus variaciones dentro de la normalidad, sus variaciones dentro de la normalidad y cuáles son los signos de alarma.

A la hora de la exploración neurológica debe tenerse en cuenta que ésta debe ser adaptada a la edad del niño y que en muchos casos obtendremos la máxima información de la observación de sus actividad espontánea, valorando la calidad de su movimiento, su actividad manipulativa, su juego, etc. Será importante evaluar la actitud y actividad en las diferentes posiciones (decúbito ventral, decúbito dorsal, sedestación y bipedestación) aun en edades tempranas.

El diagnóstico completo del tipo, grado de compromiso y, sobre todo, asociación o no de otras complicaciones requerirá de un período de seguimiento evolutivo hasta poder ser llevado a cabo, por lo que en muchas ocasiones no podrá ser definida en las primeras etapas un diagnóstico definitivo.

3.2 Síndrome de Down

El síndrome de Down (DS) es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par 21. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica congénita.

No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con síndrome de Down tienen una probabilidad superior a la de la población general de padecer algunas enfermedades, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están develando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes a la discapacidad cognitiva, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas.

Síntomas

La mayoría de los niños con síndrome de Down presentan ciertas características comunes en la cara, una disminución muscular (son más flácidos), baja estatura y un retraso mental, que por lo general, no es profundo. Además, tienen más riesgo de tener:

Defectos del corazón: algunos defectos cardíacos son de poca importancia mientras que otros requieren cirugía. Por ello es conveniente que todos los bebés con síndrome de Down sean examinados por un cardiólogo infantil. Este les indicará la realización de una ecografía especial del corazón (ecocardiograma), que debe realizarse durante los 2 primeros meses de vida del bebé para poder realizar cualquier tratamiento a tiempo.

Problemas de visión: son frecuentes problemas como estrabismo, miopía o hipermetropía y cataratas. La vista puede mejorarse con el uso de anteojos, cirugía y otros tratamientos. Los niños deben ser examinados por un oftalmólogo infantil dentro de los primeros 6 meses de vida y realizarse exámenes periódicamente.

Problemas de la audición: pueden deberse a la presencia de líquido en los oídos. Si estos problemas se detectan a tiempo pueden tratarse adecuadamente.

Infecciones: estos niños tienen más riesgo de padecer resfríos, infecciones de oído, bronquitis y neumonía. Por esto es muy importante que reciban todas las vacunas obligatorias contempladas en el Calendario Nacional de Vacunación, y que se dan de manera gratuita en los centros de salud públicos de nuestro país.

Defectos intestinales: si se detectan oportunamente pueden ser fácilmente corregidos con una cirugía.

Problemas hormonales: algunos bebés pueden nacer con una disminución de la hormona de la tiroides (hipotiroidismo congénito) que puede afectar el desarrollo. Es importante detectar este déficit porque tiene tratamiento.

Algunos niños tienen varios de estos problemas mientras que otros no presentan ninguno. También la gravedad de cada uno de ellos varía considerablemente en cada niño.

3.3 Discapacidad intelectual

Es una afección diagnosticada antes de los 18 años de edad que incluye un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio y una carencia de las destrezas necesarias para la vida diaria.

En el pasado, el término retardo mental se usaba para describir esta afección. Este término ya no se utiliza.

Causas

La discapacidad intelectual afecta alrededor del 1 al 3% de la población. Existen muchas causas de discapacidad intelectual, pero los médicos encuentran una razón específica en sólo el 25% de los casos.

Los factores de riesgo están relacionados con las causas. Las causas de la discapacidad intelectual pueden abarcar:

- Infecciones (presentes al nacer o que ocurren después del nacimiento)
- Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down)
- Ambientales
- Metabólicas (por ejemplo, hiperbilirrubinemia, niveles muy altos de bilirrubina en los bebés)
- Nutricionales (por ejemplo, desnutrición)
- Tóxicas (exposición intrauterina al alcohol, la cocaína, las anfetaminas y otras drogas)
- Traumatismos (antes y después del nacimiento)
- Inexplicables (es la categoría más grande y abarca casos inexplicables de discapacidad intelectual)

Síntomas

Como familia, usted puede sospechar que su hijo tiene una discapacidad intelectual cuando presente cualquiera de las siguientes características:

- Falta de o retraso en el desarrollo de habilidades motoras, destrezas en el lenguaje y habilidades de autoayuda, especialmente cuando se compara con sus pares.
- Insuficiencia para crecer intelectualmente o comportamiento infantil continuado.
- Falta de curiosidad.

- Problemas para mantenerse al día en la escuela.
- Incapacidad para adaptarse (ajustarse a nuevas situaciones).
- Dificultad para entender y acatar reglas sociales.

Los signos de discapacidad intelectual pueden variar de leves a graves.

3.4 Mielomeningocele

Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento. Esta afección es un tipo de espina bífida.

Causas

Normalmente, durante el primer mes de embarazo, los dos lados de la columna vertebral del bebé (o espina dorsal) se unen para cubrir la médula espinal, los nervios raquídeos y las meninges (los tejidos que cubren la médula espinal). El cerebro y la columna vertebral en desarrollo se llaman el tubo neural en este punto. La espina bífida se refiere a cualquier defecto de nacimiento que implique el cierre incompleto del tubo neural en la zona de la columna.

El mielomeningocele es un defecto del tubo neural en el cual los huesos de la columna no se forman totalmente. Esto provoca un conducto raquídeo incompleto. La médula espinal y las meninges (los tejidos que cubren la médula espinal) protruyen (sobresalgan) de la espalda del niño.

El mielomeningocele puede afectar hasta 1 de cada 4,000 bebés.

El resto de casos de espina bífida casi siempre son:

- Espina bífida oculta, una afección en la cual los huesos de la columna no se cierran, pero la médula espinal y las meninges permanecen en su lugar y la piel generalmente cubre el defecto.
- Meningocele, una afección en donde el tejido que cubre la médula espinal protruye del defecto de la columna, pero la médula espinal permanece en su lugar.

Otros trastornos congénitos o defectos de nacimiento también pueden estar presentes en un niño con mielomeningocele. La hidrocefalia puede afectar hasta un 90% de los niños con mielomeningocele. Se pueden observar otros trastornos de la médula espinal o del sistema musculoesquelético, incluso siringomielia (un quiste lleno de líquido dentro de la médula espinal) y luxación de la cadera.

La causa del mielomeningocele se desconoce. Sin embargo, parece que los bajos niveles de ácido fólico en el organismo de una mujer antes y durante el comienzo del embarazo juegan un papel en este tipo de defecto congénito. La vitamina ácido fólico (o folato) es importante para el desarrollo del cerebro y la médula espinal.

Si un niño nace con mielomeningocele, los futuros niños de esa familia corren un riesgo más alto que el resto de la población general. Sin embargo, en muchos casos, no hay conexión con la familia.

Algunos plantean que un virus puede jugar un papel, ya que hay una tasa más alta de esta afección en los niños que nacen en los meses de comienzos del invierno. La investigación también indica posibles factores ambientales como la radiación.

Síntomas

Un recién nacido con este trastorno puede presentar una zona abierta o un saco lleno de líquido en la mitad de la espalda o en la parte baja de la espalda.

Los síntomas pueden incluir:

- Pérdida del control de esfínteres
- Falta de sensibilidad parcial o total
- Parálisis total o parcial de las piernas
- Debilidad en las caderas, las piernas o los pies de un recién nacido

Otros síntomas pueden incluir:

- Pies o piernas anormales, como pie zambo
- Acumulación de líquido dentro del cráneo (hidrocefalia)

3.5 Ceguera

La ceguera es una diversidad funcional de tipo sensorial que consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión, como la visión reducida, el escotoma, la ceguera parcial (de un ojo) o el daltonismo.

Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles:

- visión normal;
- discapacidad visual moderada;
- discapacidad visual grave;
- ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión »; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Capítulo IV: marco metodológico

Estrategia metodológica

Paradigma de la Investigación

Se realizó un tipo de estudio cuantitativo ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento (Sampieri H. ,1999). Mediante la misma se buscó conocer el nivel de independencia funcional en AVD básicas (higiene, alimentación y vestido) y el reconocimiento de los objetos necesarios para las AVD instrumentales (preparación del bolso deportivo), identificando la pertinencia de la intervención de Terapia Ocupacional en deporte adaptado según grado de independencia de las AVD.

Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo exploratorio para responder a las preguntas de investigación examinando un problema poco estudiado, con el propósito de medir o recoger información de manera independiente y conjunta según las variables a las que se refieren.

De corte transversal: se recolectaron los datos en un momento preciso para conocer el nivel de independencia funcional en las AVDB (higiene, alimentación y vestido) y el reconocimiento de los objetos necesarios para las AVDI (preparación del bolso deportivo). Una vez obtenidos los resultados se identificó la pertinencia de la intervención de T.O en deporte adaptado.

Variables

Variable I: “Nivel de independencia funcional de las AVDB”

Definición conceptual: Grado de autonomía alcanzado por una persona para realizar de manera práctica las tareas o conductas de forma diaria y que le permita vivir de forma independiente e integrada en su entorno y cumplir sus roles dentro de la sociedad.

Definición operacional:

Para obtener los resultados acerca del nivel de independencia funcional de las AVD se utilizó la medida de independencia funcional FIM, que es un indicador de discapacidad, el cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado.

Consta de 18 áreas y siete niveles de medida de independencia funcional, valora la cantidad de ayuda que requiere una persona para realizar las AVD con seguridad y efectividad, y para valorar la cantidad de ayuda que requerirá una persona discapacitada en su medio. Mide lo que realmente la persona puede hacer independientemente del diagnóstico y de las capacidades potenciales. Todos los ítems deben ser completados, no se considera que un ítem no pueda ser respondido,

Cada una de las 18 áreas que comprenden el FIM tiene un máximo de puntuación de siete y la puntuación más baja es de uno. Con un máximo total de 126 como máxima independencia funcional.

Se utiliza una escala ordinal de 7 puntos para clasificar 18 ítems que describen seis áreas funcionales.

Cuatro de estas áreas: autocuidado, control de esfínteres, factores de movilidad y locomoción son medidas con 13 ítems y comprenden función motora.

Las otras dos, cognición social y comunicación, son medidas con 5 ítems y conciernen a la esfera cognitiva.

Categorías de la variable: Según los resultados obtenidos se clasificara en:

INDEPENDENCIA

Independencia completa: cuando el resultado sea 126

Independencia modificada: cuando el resultado sea entre 108-125

DEPENDENCIA

Supervisión: Cuando el resultado sea entre 89-107

Ayuda con contacto físico mínimo: cuando el resultado sea entre 72-88

Asistencia moderada: cuando el resultado sea entre 54-71

DEPENDENCIA COMPLETA

Máxima asistencia: cuando el resultado sea entre 37-53

Ayuda total: cuando el resultado sea entre 18-36

Variable II: "AVDI: preparación del bolso deportivo"

Definición conceptual: identificar los materiales esenciales por una persona para realizar de manera práctica la planificación, utilización y mantenimiento de los equipos y suministros adecuados a la actividad, siendo de apoyo a la vida cotidiana que

a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD.

Definición operacional: la evaluación administrada consistió en presentarle a la persona un bolso y objetos variados acordes o no al deporte que se llevará a cabo. Se comparó la elección con una lista de cotejo.

El resultado de dicha evaluación se clasificó en:

- Muy satisfactorio: cuando la persona colocó entre 6 y 7 materiales necesarios evaluados mediante la lista de cotejo.
- Satisfactorio: cuando la persona colocó entre 3 y 5 materiales necesarios evaluados mediante la lista de cotejo.
- Poco satisfactorio: cuando la persona colocó entre 0 y 2 materiales necesarios evaluados mediante la lista de cotejo.
- No evaluable: cuando la persona no respondió a las consignas de la lista de cotejo.

Variable III: “Pertinencia de la intervención de Terapia Ocupacional”

Definición conceptual: Es la necesidad de la intervención o no de la terapia ocupacional como parte de un equipo multidisciplinario para un logro más satisfactorio de las actividades empleadas.

Definición operacional: En base a los resultados obtenidos en las dos variables previas se clasificó en: pertinente la intervención de un terapeuta ocupacional, cuando los resultados mostraron algún tipo de dependencia en las AVD y/o AVDI, y no pertinente cuando el nivel de independencia funcional fue total.

Población

Conformada por todas las personas con discapacidad que asisten a un club deportivo de San Miguel de Tucumán, activos del turno tarde los días Martes.

Muestra

20 personas entre 14 a 21 años de edad, que asisten a un club deportivo de San Miguel de Tucumán.

Muestreo

Se dio a partir de un muestreo no probabilístico discrecional, ya que no hubo incidencia del azar, y se seleccionaron los 20 casos de chicos que asistían al club a realizar deporte adaptado.

Criterios de inclusión

- Personas con discapacidad que formen parte del grupo que asiste a un club deportivo.
- Personas con discapacidad que asistan al club deportivo dentro del rango de edad entre 14 y 21 años.
- Personas con discapacidad que asistan a un club deportivo y deseen participar.

Criterios de Exclusión

- Personas con discapacidad que no formen parte del grupo que asiste a un club deportivo.
- Personas que asistan a un club deportivo y no posean ningún tipo de discapacidad.
- Personas con discapacidad que asistan a un club deportivo y no deseen participar.
- Personas con discapacidad que asistan al club deportivo fuera del rango de edad entre 14 y 21 años

Consideraciones éticas

En primer lugar, se solicitó autorización al director de la institución deportiva en la cual se llevó a cabo la investigación. Luego, en el momento de llevar a cabo la recolección de datos, se solicitó por escrito el consentimiento informado, explicando la confiabilidad del proceso de investigación, a las personas discapacitadas que asistían a la institución a realizar deporte adaptado.

Según la edad y capacidad legal de los pacientes, fue necesario en algunos casos, solicitar consentimiento a sus padres o tutores.

Técnica de recolección de datos y presentación de los instrumentos

La recolección de datos de la presente investigación se llevó a cabo en dos instancias.

1. En primer lugar, con el objetivo de conocer el nivel de independencia funcional en las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) de las personas con discapacidad que asisten a un club deportivo en San Miguel de Tucumán, se aplicó una evaluación estandarizada llamada medida de independencia funcional (FIM).

Se utiliza una escala ordinal de 7 puntos para clasificar 18 ítems que describen seis áreas funcionales, con un máximo total de 126 como máxima independencia funcional. La puntuación más alta será de siete mientras que la más baja será de uno.

Cuatro de estas áreas: autocuidado, control de esfínteres, factores de movilidad y locomoción son medidas con 13 ítems y comprenden función motora.

Las otras dos, cognición social y comunicación, son medidas con 5 ítems y conciernen a la esfera cognitiva.

Valores:

INDEPENDENCIA: no precisa ayuda de otra persona.

Nivel 7 Independencia completa, todas las habilidades requeridas, el paciente es capaz de realizarlas, con seguridad, sin modificación en la conducta, sin ayuda técnica y en un tiempo adecuado.

Nivel 6 Independencia modificada, la actividad requiere una ayuda técnica, requiere excesivo tiempo o existe algún peligro al realizarla.

DEPENDENCIA: El sujeto requiere a otra persona para supervisión o asistencia para realizar la actividad. Requiere a una persona para el cuidado.

Dependencia modificada, el sujeto realiza el 50% del esfuerzo como mínimo.

Nivel 5: Supervisión para la realización o dando órdenes sin contacto físico, la ayuda da o coloca las ayudas técnicas.

Nivel 4: Ayuda con contacto físico mínimo, el sujeto realiza al menos el 75% del esfuerzo.

Nivel 3: Asistencia moderada, el sujeto realiza entre el 50 y el 75% del esfuerzo.

DEPENDENCIA COMPLETA. El sujeto realiza menos del 50% del esfuerzo, máxima o completa ayuda es requerida o la actividad no sería realizada.

Nivel 2: Máxima asistencia, al sujeto realiza entre el 25 y el 50% del esfuerzo.

Nivel 1: Ayuda total, realiza menos del 25% del esfuerzo.

2. Con el fin de conocer el nivel de independencia en la preparación del bolso deportivo correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas que asisten a un club deportivo en San Miguel de Tucumán se aplicó una evaluación no estandarizada utilizando una lista de cotejo para obtener los resultados.

La evaluación consiste en presentarle a la persona evaluada un bolso y objetos variados acordes y no al deporte que se llevara a cabo.

El objetivo fue conocer si la persona logra identificar los elementos y su uso como parte de la preparación de la actividad física y si logra llevar a cabo la preparación del bolso deportivo de manera satisfactoria.

Se le dio un tiempo determinado de 20 minutos en el cual debía colocar los materiales necesario para realizar la actividad deportivo.

El resultado de dicha evaluación fue clasificado en:

- Muy Satisfactorio cuando la persona coloque entre 6 y 7 elementos necesarios evaluados mediante la grilla.
- Satisfactorio cuando la persona coloque entre 3 y 5 materiales necesarios evaluados mediante la grilla.
- Poco satisfactorio cuando la persona coloque entre 0 y 2 materiales necesarios evaluados mediante la grilla.
- No evaluable cuando la persona no responda a las consignas de la grilla de evaluación.

3. Una vez obtenidos los resultados se determinara si es o no pertinente la intervención de un terapeuta ocupacional aportando en el deporte adaptado.

Análisis de Datos

Los datos recolectados utilizando los instrumentos previamente presentados, fueron procesados mediante el empleo de planillas de Excel de Microsoft Office 2007.

Capítulo V: Resultados

Contexto de la investigación

La investigación se desarrolló en el ámbito del complejo general Manuel Belgrano en el Programa “Entrenando por la vida” correspondiente a la ciudad de San Miguel de Tucumán.

El programa es llevado a cabo por la secretaria de deporte de discapacidad de San Miguel de Tucumán. Está formado por un equipo interdisciplinario, siendo es su mayoría profesores de educación física, sin terapeuta ocupacional.

Dicho programa recibe a personas de san miguel de Tucumán que tengan discapacidad física, psíquica y/o sensorial en un rango de edad entre 14 y 21 años de edad.

Para el ingreso, la persona debe asistir con su padre, madre o tutor y presentar la ficha médica completa y fotocopia del certificado de discapacidad. Luego es evaluado por el equipo de profesionales y se le otorga el deporte a entrenar.

El egreso se lleva a cabo cuando la persona supera los 21 años de edad o bien en caso muy estrictos relacionado a la disciplina.

El programa “entrenado por la vida” brinda un servicio físico-deportivo y terapéutico a la persona con participación activa del grupo familiar

La modalidad de intervención es directa ya que el profesional actúa sobre la persona y su familia. Además se busca favorecer la relación padre-hijo y conductas sociales.

La atención se brinda de forma grupal y, en casos que se requiera de manera individual.

El horario de entrenamiento es, de martes y jueves, de 18:30 a 19:30 horas, turno tarde.

Las personas deben asistir 10 minutos antes de comenzar el entrenamiento destinados a colocarse la indumentaria necesaria para practicar deporte. Se comienza con un calentamiento dirigido por los profesores de educación física y luego, se divide a los chicos en grupos para realizar distintos tipos de deportes. Al finalizar la actividad se realiza una devolución de la clase y elongación muscular.

Con el fin de desarrollar el presente trabajo de investigación se seleccionó a un grupo de 20 chicos. Los mismos se eligieron considerando sus diagnósticos y predisposición a colaborar.

Siendo esta la base determinante de selección, quedaron designados 8 personas de sexo femenino y 12 de sexo masculino, con una media de edad de diecisiete años y seis meses.

Los diagnósticos de las personas que fueron seleccionadas para la muestra son en su mayoría de encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE) y ceguera, seguido de Síndrome de Down y mielomeningocle.

Inicialmente se solicitó a las autoridades pertinentes y a los padres correspondientes, el permiso y acceso a los certificados de discapacidad de los 20 pacientes de manera que se realizara la recogida de datos necesaria.

Luego, se realizaron las evaluaciones de manera individual con cada persona y, de ser necesario, mediante preguntas a los padres. Se necesitó de la colaboración de los mismos y de elementos que requería cada actividad.

El tiempo total de la recogida de datos fue de dos meses y quince días (entre junio y agosto del corriente año).

Análisis descriptivo

El presente estudio fue realizado en base a la evidencia recolectada de una muestra conformada por 20 personas que asisten al Programa “Entrenando por la vida” correspondiente a la ciudad de San Miguel de Tucumán realizado en el complejo General Manuel Belgrano. Siendo 8 de ellos de sexo femenino y 12 de sexo masculino.

Gráfico N° 1:

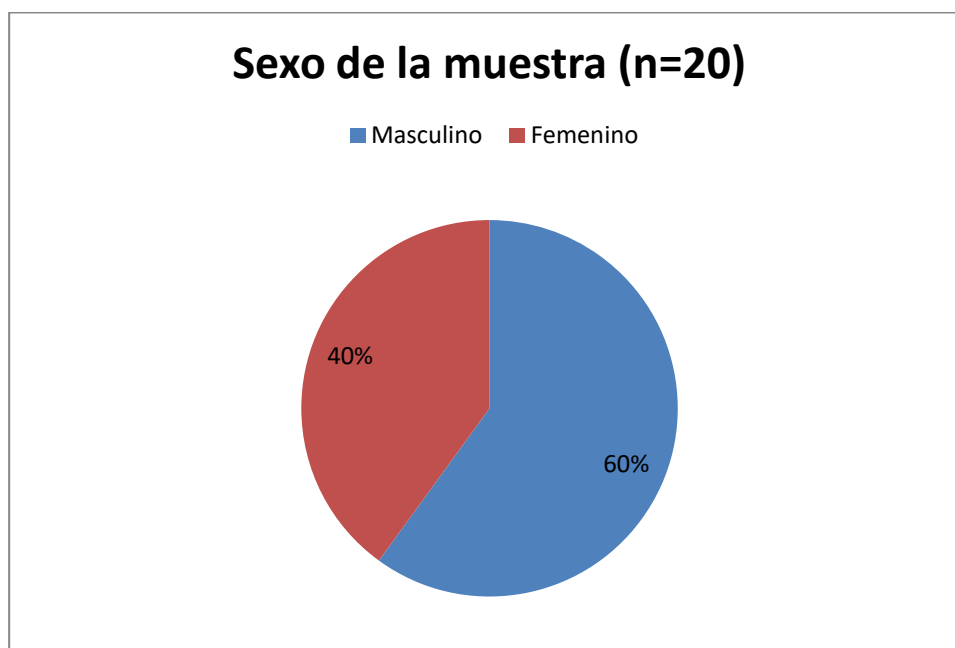
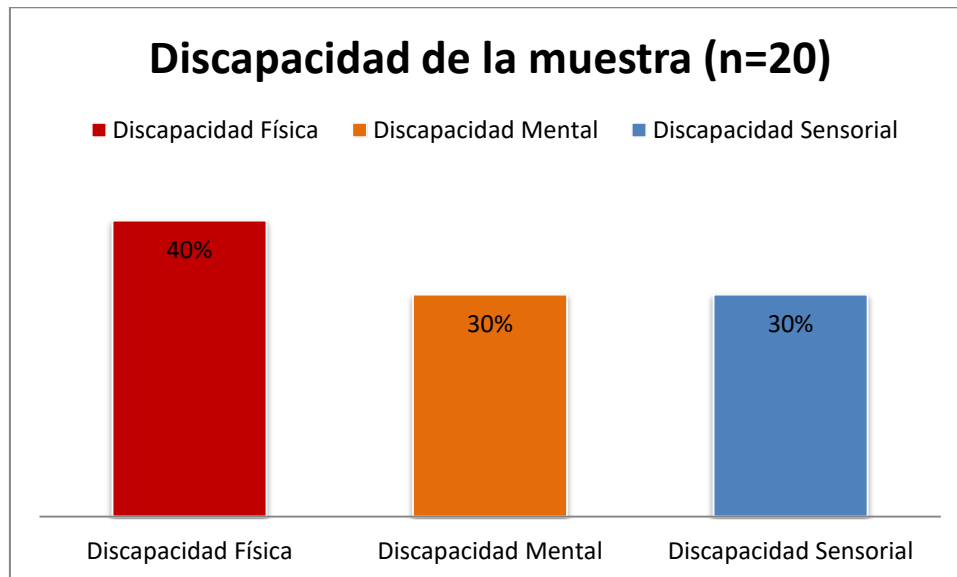
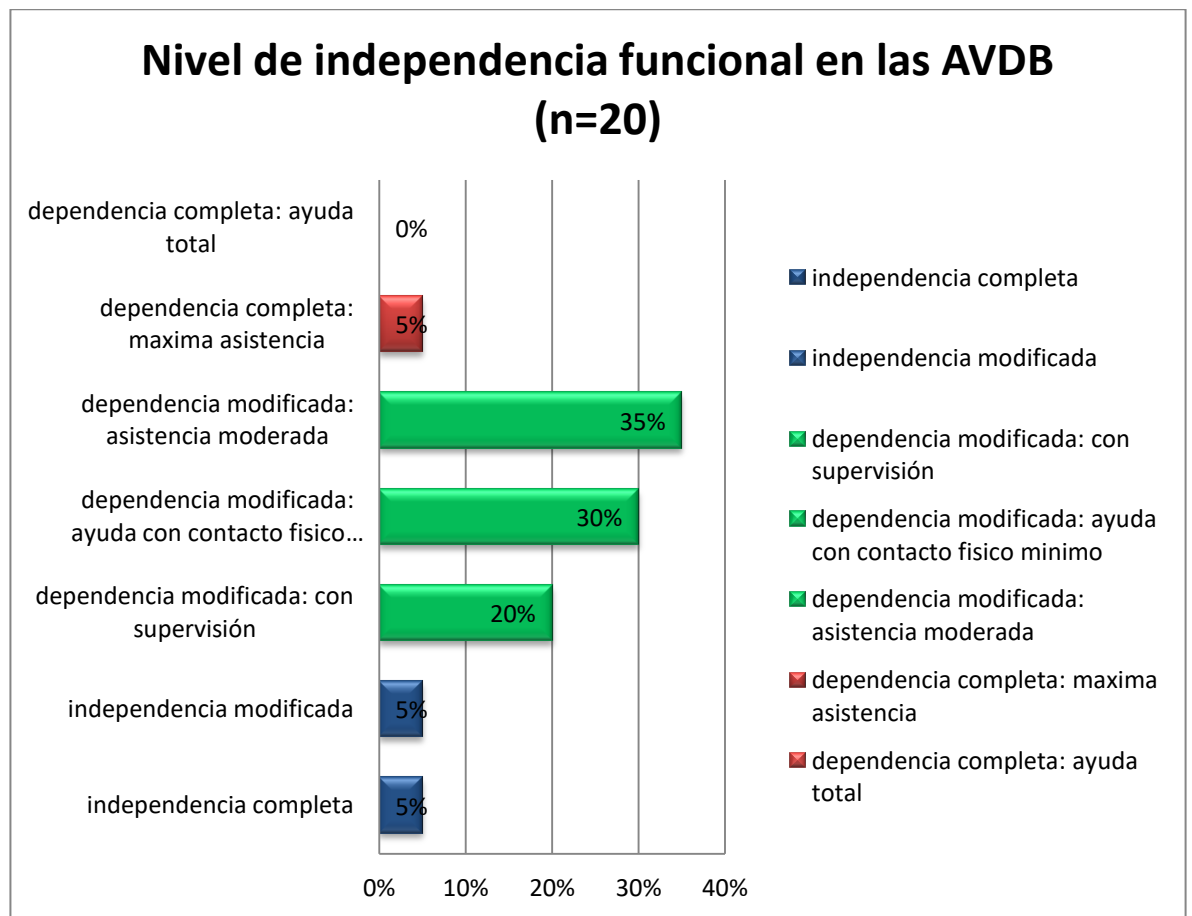


Gráfico N° 2:

En el grafico N° 2 se puede observar las patologías correspondientes a los diagnósticos de las personas que comprenden la muestra.

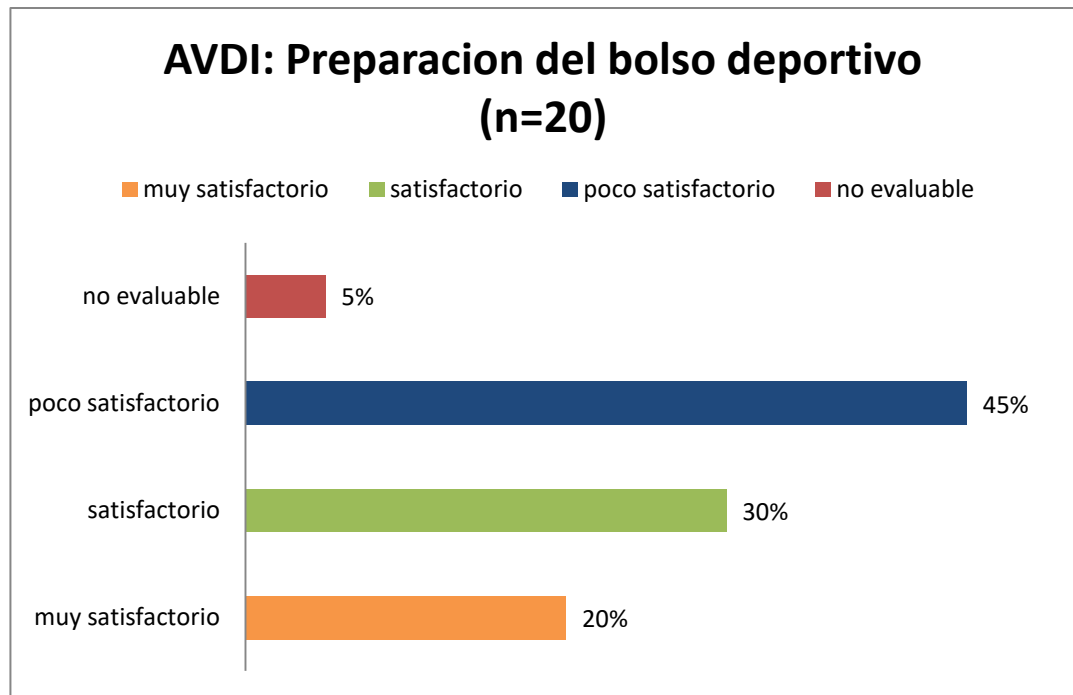


El 40% de la muestra tiene como diagnóstico una discapacidad física, siendo la mayoría en la presente investigación. Por otro lado, la discapacidad mental y sensorial, en menor medida, abarcan a igual de personas en la investigación (30% para cada una).

Gráfico N° 3:

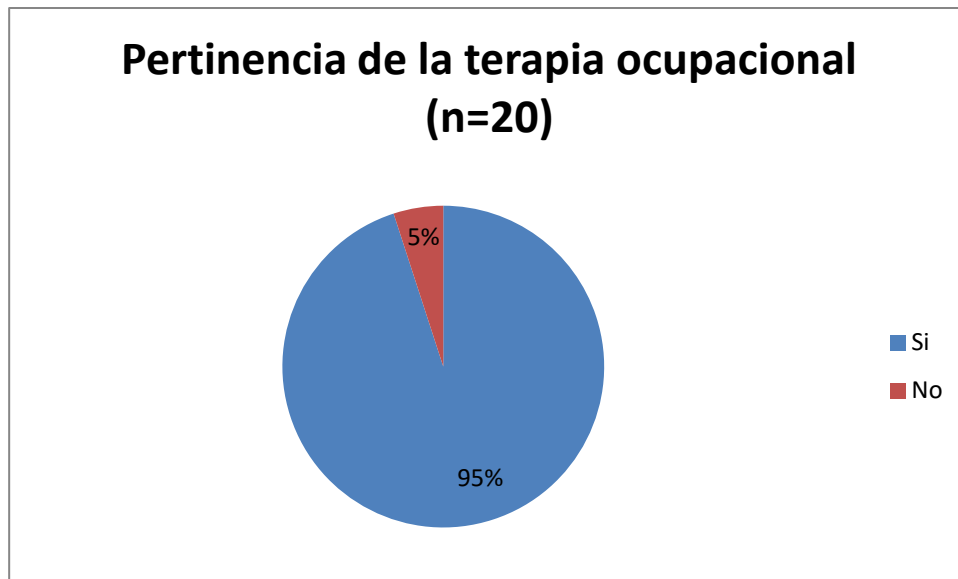
En este grafico se observa que la mayoría de las personas (35%), en el nivel de independencia funcional de las AVDB, se ven afectadas ya que requieren de asistencia moderada para poder realizarlas. Por otro lado se observan valores iguales para independencia completa y modificada, y dependencia completa con máxima asistencia para realizar las AVDB, correspondiendo a cada ítem el 5%. En ningún caso se requiere una dependencia total.

Gráfico N° 4:



En este gráfico se observa que el 45% de la muestra realizó la preparación del bolso deportivo de modo poco satisfactorio, mientras que el 5% no pudo ser evaluado. Sin embargo el 20% logra realizarlo adecuadamente.

Gráfico N° 5:



A continuación se observa que en un 95% es pertinente la intervención de un terapeuta ocupacional en el deporte adaptado, porque, como se mostró en gráficos anteriores, el 45% de las personas con discapacidad realizó de forma poco satisfactoria en la preparación del bolso deportivo. Por otra parte, el 90% se observa que requieren de algún grado de dependencia en las AVDB.

Capítulo VI: Discusión, Conclusiones y Propuestas

Discusión

El presente trabajo se desarrolló en la ciudad de San Miguel de Tucumán durante el mes de junio, julio y agosto del corriente año.

Tuvo como objetivo conocer el nivel de independencia funcional en las actividades de la vida diaria básicas (higiene, alimentación y vestido) y evaluar la preparación del bolso deportivo correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria, como rutina previa al inicio de la actividad deportiva en personas con discapacidad.

A lo largo de la recolección de datos, se pudieron observar diferentes aspectos de cada patología y cada persona que influye, de cierta manera, en la destreza física y mental para la realización de la actividad deportiva.

A través de los objetivos planteados, se pudo distinguir el aporte concreto de la terapia ocupacional, como ciencia de la ocupación, en el deporte adaptado.

Entre los resultados principales se obtuvo que el 85% de las personas de la muestra presentan de una dependencia modificada para realizar las actividades de la vida diaria básica, dentro de las cuales algunas de ellas necesitan de una asistencia moderada (35%) seguida de ayuda con contacto físico (30%) y, en menor medida, con supervisión (20%). Solamente dos personas realizan las AVDB de manera independiente, una de forma completa (5%) y otra modificada (5%). Por último, solo una persona requiere de una dependencia completa con asistencia máxima (5%). Se destaca que ningún participante de la muestra presentó de una dependencia completa con ayuda total. Entre los mayores déficit de la evaluación se destacó las áreas de autocuidado, locomoción y conexión. Se observa la falta de dedicación en la hidratación, aseo personal y el uso de la vestimenta adecuada.

Uno de los grandes factores problemáticos encontrados durante la investigación, que si bien no forma parte de la presente investigación se considera oportuno mencionar, fue que el espacio físico también contribuye a la dificultad de las personas debido a que no presenta rampas para llegar al lugar de entrenamiento.

En relación a la preparación del bolso deportivo correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria, se observó que el 50% de la muestra realizó la actividad de una manera poco efectiva. Muchas de las persona no reconocían

como importante los materiales planteados en la evaluación. El 30% que lo realizo de manera satisfactoria coincidieron que lo importante y fundamental para una actividad deportiva es de una remera, pantalón, medias y zapatillas. Esto último muestra la falta de conocimiento en la higiene personal.

Es por esto que es pertinente la intervención de la terapia ocupacional promoviendo la salud, el bienestar y la participación social. En el 95% de los casos requiere un cierto grado de terapia ocupacional.

Si bien el trabajo de Bacelar Pousa se baso sobre “el deporte y la calidad de vida en personas con discapacidad física”, se coincidió con dicha investigación en que el desempeño de una ocupación deportiva mejora la valoración del estado de salud. Es por tal motivo que en ambos casos se manifiesta la necesidad de incluir las ocupaciones deportivas en la intervención de Terapia Ocupacional, para promover salud, bienestar y participación social.

Tanto los estudios de Gutierrez San Martin Melchor y Hellín Pedro, Moreno Juan Antonio y Rodríguez Pedro Luis apuntan al motivo de la práctica del deporte tanto en personas con discapacidad como aquellas que no la tienen. Ambos casos concluyeron que la actividad físico deportiva ayuda a percibir a las personas a una mejor calidad de vida.

Alcances y limitaciones

Uno de los factores facilitadores de la investigación fue que los Padres se vieron motivados con una profesión desconocida, para la mayoría, y con intención de aportar y de mejorar la calidad de vida de sus hijos.

La recolección de datos se vio enlentecida debido a las inasistencias de los chicos, a condiciones climáticas y a la poca disponibilidad horaria de la muestra.

Una limitación que influyó en los resultados fue el tamaño de la muestra que reunió las características necesarias para ser parte del estudio.

Conclusión

El análisis de la totalidad de los datos recogidos en el presente estudio logró determinar el aporte de la terapia ocupacional, mediante la evaluación de las AVDB y AVDI en el deporte adaptado, siendo pertinente la intervención de la misma.

Durante la investigación se presentaron diversas ocasiones donde la intervención de terapeuta ocupacional hubiera sido de gran relevancia.

Este presente trabajo respondió a las preguntas de investigación, ya que se concluyó que un 95% de la población estudiada requiere la intervención de la Terapia Ocupacional a fin de cumplir las metas que plantea el deporte adaptado, lo que repercute directamente en la calidad de vida y la salud de las personas involucradas en el mismo.

En base a esta consideración, al abordar el área de las AVDB se observó que la mayoría de la población estudiada demostró tener un cierto grado de dependencia, destacándose que la influencia de la manera en que se realizan estas, determina no solo en la ejercitación deportiva, sino también es fundamental para el desempeño ocupacional en cada individuo.

Por otro lado, se destaca que la muestra que se evaluó en la preparación del bolso deportivo, no cumple el cometido de manera satisfactoria, siendo esta actividad una de las secuencias fundamentales para la realización del deporte.

En cuanto a la óptica de los padres y profesionales a cargo, se advirtió que sus percepciones fueron positivas debido al aporte específico e importante de la profesión en el ámbito deportivo, mejorando la calidad de la persona, la actividad y la vida diaria.

Finalmente, estamos en condiciones de afirmar que el proceso arrojó datos con una supremacía en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, predominando vestido, higiene y preparación del bolso deportivo. Por tal motivo hay una necesidad de incluir las ocupaciones deportivas en la intervención de Terapia Ocupacional, con la finalidad de promover la salud, el bienestar y la participación social.

Propuestas

Debido a que nuestro estudio busca hacer un aporte concreto la Terapia Ocupacional en particular, distinguimos situaciones puntuales en las que investigadores y profesionales pueden centrarse.

La evidencia científica recogida nos permite considerar que:

- Se hace necesario realizar más investigación desde el punto de vista de la terapia ocupacional en el deporte adaptado. La influencia de la misma y sus resultados estadísticos.
- Otra recomendación necesaria es seguir promoviendo la profesión y abriendo campos de acción para desarrollar las incumbencias de la terapia ocupacional.
- Apoyar económicamente a las entidades deportivas.
- Aumentar el número de instalaciones deportivas accesibles y promover medios de transporte adecuados para favorecer el desplazamiento a estas instalaciones.
- Se plantea como muy importante reforzar el trabajo inter y transdisciplinario, acompañando siempre a los padres de los pacientes.
- Es importante crear hábitos y rutinas previas a la actividad, tanto deportiva como no, para facilitarla y que sea de mejor calidad.
- Brindar información acerca de la importancia de la higiene personal y de los elementos necesarios para la actividad deportiva. Diferenciar uso de los materiales y forma de aplicación.

Capítulo VII: Bibliografía

Bibliografía

1. Blesedell Crepau, E., Cohn, L. S. y Boyt Schell, B.A. (1998) *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
2. Kielhofner, G. (2006) *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
3. Polonio López, B. (2003) *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana.
4. Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
5. Nueva Carta Europea del Deporte. Declaración política sobre la Nueva Carta Europea del Deporte; 1992.
6. . Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Quinta Conferencia Internacional de Ministros y Altos Funcionarios encargados de la Educación Física y del Deporte. Berlín; 2013.
7. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Ed. [Traducción]. www.terapiaocupacional.com [portal en Internet]. 2010
8. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso .2da edición (2008)
9. Ministerio de desarrollo social secretaria de deporte: plan nacional de deporte social 2013-2016
10. Gómez J, Barreña D, Roset G, Davía J. Baloncesto en silla de ruedas. *Efdeportes* (Buenos Aires) [revista en internet]. 2009. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd135/baloncesto-en-silla-deruedas.htm>
11. Nidia B. Martijena (1999). *Terapia ocupacional: conceptos y aplicación*. Mar de la plata-argentina. Editorial Martín.
12. Matin Berges M, Cantero Latorre A. El deporte como parte del tratamiento ocupacional en un caso de esquizofrenia indiferenciada. *TOG (A Coruña)* [revista en internet]. 2014 [acceso 12/03/2016]; 12(21): [11p]. disponible en : <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/caso2.pdf>
13. Barrios Fernández S. Un programa de actividad física en Personas con Síndrome de Down. *TOG (A Coruña)* [revista en internet]. 2012 [ACCESO 21/03/2016];

- 9(16): [17P.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original3.pdf>
14. Juan Miguel Arraez Martínez. (2011). EL DEPORTE ADAPTADO: HISTORIA, PRÁCTICA Y BENEFICIOS. Recuperado de:
<http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/20110519094205Iniciacion%20al%20deporte%20adaptado.pdf>
15. GARCÍA MINGO, J.A. Actividades físicas y deporte para minusválidos. Edit. Campomanes recuperado de:
<https://efiesconselleria.files.wordpress.com/2010/09/10-clasificacic3b3n-del-deporte-para-discapacitados1.pdf>
16. Gutiérrez, M. y Caus, N. (2006). Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad. Revista Internacional de Ciencias del Deporte. 2 (2), 49-64. Disponible en:
<http://www.cafyd.com/REVISTA/art4n2a06.pdf>
17. Nury Angélica Neira Tolosa. (2011). Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo.(Maestría en Discapacidad e Inclusión Social). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Recuperada de:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4104/1/nuryangelicaneiratolosa.2011.pdf>
18. Javier Pérez Tejero, Raúl Reina Vaíllo , David Sanz Rivas. (2012). La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual. Centro de Estudios sobre Deporte inclusivo, Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte Universidad Politécnica de Madrid. Recuperado de:
<http://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/86/81>
19. Un poco de historia del deporte adaptado (22 de noviembre del 2009). Recuperado de: <http://trabajofinaltai2009.fullblog.com.ar/un-poco-de-historia-del-deporte-adaptado.html>
20. Terapia ocupacional y el deporte adaptado (jueves, 11 de julio de 2013). Recuperado de:
<http://terapiaocupacionalyeldeporteadaptado.blogspot.com.ar/>

21. Terapia ocupacional, *discapacidad y deporte* (martes, 26 de octubre de 2010). Recuperado de: <http://bloggestion06.blogspot.com.ar/2010/10/discapacidad-y-deporte.html>
22. Producto de apoyo T.O., terapia ocupacional y deporte adaptado (jueves, 9 de octubre de 2014). Recuperado de: http://productosdeapoyotomalaga.blogspot.com.ar/2014/10/terapia-ocupacional-y-deporte-adaptado_31.html
23. Daniel Germán Zucchi. (2001). DEPORTE Y DISCAPACIDAD. Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - N° 43. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm>

Capítulo VIII: Anexos

Anexos

Anexo I

Consentimiento informado:

Declaro que he recibido información precisa sobre la investigación y sus objetivos, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi participación en este estudio de investigación sobre “Aportes de la terapia ocupacional en el deporte adaptado en relación a las AVD Y AVDI” hasta que decida lo contrario.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos, y se respetaran los principios de autonomía, justicia, beneficencia, y no maleficencia.

Solicitud de permiso:

Yerba Buena, Tucumán.

Señor Director del Área de discapacidad de la Secretaria de Estado de Deporte de la Provincia de Tucumán, Prof. Marcos León:

El Sr. Ignacio Máspero Cajal DNI N° 38023475, estudiante de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino, de la Provincia de Tucumán, está desarrollando su trabajo de tesis final de grado cuyo objetivo de investigación es describir los posibles aportes de la Terapia Ocupacional en el deporte adaptado.

Por la presente carta me dirijo a usted a los efectos de solicitarle su permiso para efectuar las evaluaciones correspondientes a los chicos que asiste al programa “Entrenando por la vida Capital” para poder desarrollar el trabajo de investigación.

A la espera de una favorable y pronta respuesta, lo saludo cordialmente.

Anexo II

Lista de cotejo para la preparación del bolso deportivo

La evaluación a administrar consiste en presentarle a la persona evaluada un bolso y objetos variados acordes o no al deporte que se llevara a cabo.

El objetivo es conocer si la persona logra identificar los elementos y su uso como parte de la preparación de la actividad física y si logra llevar a cabo la preparación del bolso deportivo de manera satisfactoria.

Se le dará un tiempo determinado de 20 minutos en el cual deberá colocar los materiales necesario para realizar la actividad deportivo.

El resultado de dicha evaluación será clasificado en:

- Muy Satisfactorio cuando la persona coloque entre 6 y 7 elementos necesarios evaluados mediante la grilla.
- Satisfactorio cuando la persona coloque entre 3 y 5 materiales necesarios evaluados mediante la grilla.
- Poco satisfactorio cuando la persona coloque entre 0 y 2 materiales necesarios evaluados mediante la grilla.
- No evaluable cuando la persona no responda a las consignas de la grilla de evaluación.

Lista de cotejo

MATERIALES CORRECTOS	LO INCLUYE EN EL BOLSO	NO LO INCLUYE EN EL BOLSO
TOALLA		
DESODORANTE		
JABÓN		
CAMISETA Y/o REMERA		
PANTALON		
MEDIAS		
BOTINES Y/o ZAPATILLA		