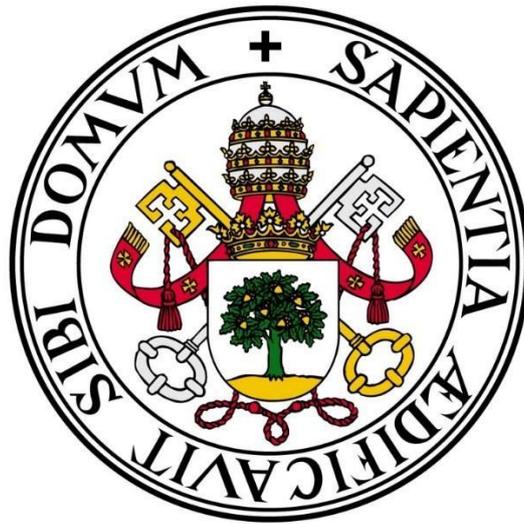


FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL



Universidad de Valladolid

**MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA
TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**Propuesta de intervención psicopedagógica para promover
los hábitos de vida saludable en el colectivo con
discapacidad intelectual**

2022

Autora: Daniela Cerquera Moreno

Tutor: Marta Álvarez Cañizo

ÍNDICE

Resumen (Abstract)	5
Introducción	7
Objetivos	8
Objetivos generales.....	8
Objetivos específicos	8
Justificación	9
Competencias generales.....	10
Competencias específicas	10
Fundamentación teórica.....	11
Discapacidad intelectual	11
Conceptos	11
Historia de la discapacidad intelectual	13
Causas.....	15
Diagnóstico	16
Clasificación	16
Actividad física y deporte en personas con discapacidad intelectual	18
Actividad física en personas con discapacidad intelectual.....	19
Deporte en personas con discapacidad intelectual.....	21
Alimentación en personas con discapacidad intelectual.....	22
Sobrepeso y desnutrición.....	24
Alimentación saludable	26
Relajación y sueño en personas con discapacidad intelectual	27
Relajación en las personas con discapacidad intelectual	28
Sueño en las personas con discapacidad intelectual	29
Propuesta de intervención.....	31
Contexto y destinatario	31
Objetivos	32
Objetivos generales	32
Objetivos específicos	32
Recursos y temporización	33
Metodología	34
Propuesta de actividades	35

Actividades relacionadas con la actividad física y el deporte para el colectivo con DI	35
Actividades relacionadas con la alimentación para el colectivo con DI.....	41
Actividades relacionadas con la relajación y el sueño para el colectivo con DI	49
Evaluación.....	57
Análisis del alcance del trabajo, limitaciones y oportunidades	58
Limitaciones	58
Oportunidades	59
Consideraciones finales, conclusiones y recomendaciones	60
Referencias bibliográficas.....	62
Anexos	69
Anexo 1. Infografía actividad física	69
Anexo 2. Calendario actividad física.....	70
Anexo 3. Infografía alimentación.....	71
Anexo 4. Pirámide alimentación saludable.....	72
Anexo 5. Registro de evaluación.....	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Estadística del deporte federado</i>	22
Tabla 2. <i>Organización de la propuesta de intervención</i>	34
Tabla 3. <i>Organización de la propuesta de intervención. Actividad física y deporte</i>	35
Tabla 4. <i>Evaluación inicial de actividad física y de deporte</i>	36
Tabla 5. <i>Actividad 1. Baile</i>	37
Tabla 6. <i>Actividad 2. Aquagym</i>	38
Tabla 7. <i>Actividad 3. Park-gym</i>	38
Tabla 8. <i>Actividad 4. Juegos mundiales de Special Olympics</i>	39
Tabla 9. <i>Actividad 5. Nintendo Wii</i>	40
Tabla 10. <i>Evaluación inicial de actividad física y deporte</i>	40
Tabla 11. <i>Organización de la propuesta de intervención. Alimentación</i>	41
Tabla 12. <i>Evaluación inicial de alimentación</i>	42
Tabla 13. <i>Actividad 1. Pirámide alimenticia</i>	42
Tabla 14. <i>Actividad 2. Plato alimenticio</i>	43
Tabla 15. <i>Actividad 3. Menú semanal casero</i>	44
Tabla 16. <i>Actividad 4. Cargados y pesados</i>	45
Tabla 17. <i>Actividad 5. Elección de menú</i>	46
Tabla 18. <i>Actividad 6. Excursión supermercado</i>	47
Tabla 19. <i>Actividad 7. Taller de cocina</i>	48
Tabla 20. <i>Actividad 8. TIC</i>	48
Tabla 21. <i>Evaluación final de alimentación</i>	49
Tabla 22. <i>Organización de la propuesta de intervención. Relajación y sueño</i>	49
Tabla 23. <i>Evaluación inicial de relajación y sueño</i>	50
Tabla 24. <i>Actividad 1. ¿Qué sientes?</i>	51
Tabla 25. <i>Actividad 2. Respiración</i>	53
Tabla 26. <i>Actividad 3. Relajación de Jacobson</i>	54
Tabla 27. <i>Actividad 4. Mindfulness para el colectivo con DI</i>	55
Tabla 28. <i>Actividad 5. Estiramientos</i>	55
Tabla 29. <i>Evaluación final de relajación y sueño</i>	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Consentimiento de los usuarios</i>	31
Figura 2. <i>Cartel de hábitos saludables</i>	32
Figura 3. <i>Máquinas de ejercicio</i>	39
Figura 4. <i>Pirámide alimenticia</i>	43
Figura 5. <i>Plato para comer sano</i>	44
Figura 6. <i>Menús</i>	47
Figura 7. <i>Actividad 1. Emociones</i>	51
Figura 8. <i>Actividad 2. Emociones</i>	52
Figura 9. <i>Estiramientos</i>	56

RESUMEN

El colectivo con discapacidad intelectual (DI) siempre ha sido catalogado como un colectivo con poca iniciativa, que sufre de sobrepeso y que tiene un carácter agrio. A día de hoy ya se empieza a tener consciencia de que muchos de sus problemas son ocasionados por su medicación u otras discapacidades asociadas. Por ello, dicho colectivo ha sido fruto de numerosos estudios con los que se pretende dar a conocer su condición y apalear esas necesidades, de este modo, conseguirán tener una vida plena y sana. Así pues, el objetivo principal de este Trabajo de Fin de Máster (TFM) es solucionar las necesidades que puede presentar el colectivo con DI mediante hábitos de vida saludable adquiridos a través de las diferentes actividades expuestas en esta propuesta de intervención psicopedagógica. Para finalizar, en este trabajo se exponen limitaciones y fortalezas presentadas a la hora de desarrollar esta propuesta de intervención, así como conclusiones y recomendaciones.

Palabras clave: discapacidad intelectual, hábitos saludables, actividad física, alimentación, relajación y sueño.

ABSTRACT

The group with intellectual disabilities (ID) has always been labeled as a group with little initiative, who suffer from overweight and have a sour character. Today we are beginning to realize that many of their problems are caused by their medication or other associated disabilities. For this reason, this group has been the result of numerous studies with which it is intended to make know their condition and to alleviate these needs, thus, they will be able to have a full and healthy life. Thus, the main objective of this Master's Thesis (MT) is to solve the needs that can present the group whit ID through healthy lifestyle habits acquired through the various activities outlined in this proposal for psycho-pedagogical intervention. Finally, this paper presents the limitations and strengths presented when developing this intervention proposal, as well as conclusions and recommendations.

Key words: intellectual disability, healthy habits, physical activity, nutrition, relaxation and sleep.

INTRODUCCIÓN

Según la Base Estatal de datos de personas con discapacidad, actualizada el treinta y uno de diciembre del año dos mil veinte, las personas DI abarcaban el 13,4% de la población total del país, concentrándose mayoritariamente en el intervalo de treinta y cinco y sesenta y cuatro años con un 45,0% y entre dieciocho y treinta y cuatro años con 27,5%. Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid, son las comunidades autónomas que presentaron mayor índice de incidencia. Al observar la Base de datos del año dos mil diecisiete, se pudo apreciar que los datos no variaron notoriamente pues el porcentaje total del colectivo con DI era del 12,9%.

En los últimos años el sedentarismo ha aumentado provocando el incremento de enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, diabetes e incluso la mortalidad. Según San Mauro *et al.*, (2016) la población con DI tiene un mayor índice de obesidad a causa de su medicación y de factores puramente genéticos, sin olvidar la ausencia de actividad física y una correcta alimentación. Además, destaca la influencia que puede tener la sobreprotección, por parte de los familiares, en estas malas costumbres y hace hincapié en una educación que tenga como prioridad los hábitos de vida saludables para mejorar la vida de casa sujeto, sin dejar de lado la iniciativa y motivación de cada persona por conseguir esa vida óptima.

El presente trabajo de fin de máster (TFM) está compuesto por un apartado de justificación, en el que se expondrá el motivo por el cual se realiza; la fundamentación teórica, para comprender lo que significa y abarca el concepto de DI, así como la posición de este colectivo frente a la actividad física o deporte, la alimentación, la relajación y el sueño; la propuesta de intervención, con sus correspondientes objetivos, recursos, metodologías y actividades; la evaluación de dicha propuesta; el análisis y las consideraciones a la hora de realizar este TFM.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una propuesta de intervención psicopedagógica que responda a las necesidades de las personas con DI, centrándose en promover los hábitos de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Profundizar en el concepto de DI.
- Conocer y analizar los hábitos de vida saludable que tienen el colectivo con DI.
- Promover los hábitos de vida saludable en personas con DI.
- Concienciar sobre la importancia de llevar una vida sana.

JUSTIFICACIÓN

Antes de detallar el motivo por el cual se decidió enfocar este trabajo de fin de máster en el colectivo con discapacidad intelectual, es conveniente definir este término y el de psicopedagogía.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) define el concepto de DI en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) como “un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del práctico”. Para que se diagnostique esta discapacidad deben existir fallos en las funciones intelectuales y problemas a la hora de socializar y tener autonomía.

Por otro lado, para la Real Academia Española (RAE, 2021), la psicopedagogía es una “rama de la psicología que se ocupa de los fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación más adecuada de los métodos didácticos y pedagogos” y, por ello, el papel del psicopedagogo tiene como fin mejorar las condiciones de vida de la gente que lo necesita ya sea en el ámbito formal o no formal. Esto se realiza mediante una evaluación que determinan las necesidades del sujeto y una orientación a modo de asesoramiento en el momento de planear y ejecutar distintas técnicas para mejorar la situación. También se realiza una intervención, la cual se desarrolla a través de actividades que darán solución a dichas necesidades y, del mismo modo, prevendrá la aparición de otras. Por último, se lleva a cabo una evaluación para conocer si las necesidades del individuo han sido solventadas.

Cabe destacar que a causa de la nueva enfermedad Covid-19, ocasionada por el virus SARS-CoV-2 en el año 2019, la población mundial tuvo que cambiar sus hábitos. Se produjo un confinamiento que desencadenó un incremento de problemas de índole físico y psicológico, en especial para la población con DI, pues disminuyeron drásticamente las actividades tanto grupales como interactivas y deportivas siendo todas éstas indispensables para su bienestar.

Por todo esto, con este Trabajo de Fin de Máster (TFM) se pretende concienciar al colectivo con DI sobre los beneficios de tener hábitos de vida saludable, pues como se detalló en el apartado anterior, son muy propensos a tener sobrepeso y enfermedades colaterales a este. Otra finalidad del TFM, es promover dichos hábitos y que el colectivo con DI los interiorice, para que adquieran una correcta alimentación y realicen tanto actividad física como técnicas de relajación, de manera que los ayuden frente a situaciones que les puedan provocar ansiedad, y así lograr un sueño reparador.

Para la realización de esta propuesta de intervención psicopedagógica es necesario destacar las competencias del Máster de Psicopedagogía. Estas competencias han sido seleccionadas dado que con esta intervención se pretende responder profesionalmente a las necesidades del colectivo con DI mediante la constante formación por parte del especialista y la planificación y el desarrollo de una serie de actividades. Del mismo modo, con el resultado de dicho trabajo se podrán realizar otros planteamientos psicopedagógicos con el fin de optimizar la vida de este colectivo.

COMPETENCIAS GENERALES

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para la realización de esta intervención psicopedagógica es necesario conocer la historia de la DI, por ello es preciso saber los diferentes conceptos que se le asignan, indagar en el origen de dicho término, en su evolución y en la importancia que tiene. Del mismo modo, se conocerán los factores que influyen en la DI, tales como la salud alimenticia, la actividad física, el sueño reparador y la capacidad de relajación.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Este apartado tiene como fin dar a conocer los diferentes conceptos de DI, su historia, sus causas, su diagnóstico y su clasificación.

CONCEPTOS

Para comprender lo que significa discapacidad intelectual primero se tiene que conocer el concepto de inteligencia y el de cociente intelectual (CI), siendo la inteligencia catalogada como la capacidad humana para comprender, reflexionar, ajustarse y solventar problemas (Neisser *et al.*, 1996) y CI la medida de dicha inteligencia mediante distintos test (p.ej. test de Binet, McKeen Cattell, Wechsler, etcétera). Según la undécima edición del libro *Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*, elaborado por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (2011), la definición de inteligencia depende de (pp. 67-69):

- La inteligencia como factor sensorial: al encontrar similitud en las diferentes formas de medir la cognición se descubrió la existencia de un factor de inteligencia general en todas habilidades, lo cual hizo más aceptable el concepto de inteligencia ya que se podía apreciar la capacidad mental de un individuo a la hora de realizar una actividad.
- El fenómeno multifactorial jerárquico: inicialmente se le otorga una organización jerárquica al concepto de inteligencia, donde el factor general se situaba arriba y las demás habilidades, de carácter específico, lo apoyaban. Posteriormente, se descubrió que estos apoyos eran en realidad habilidades generales que daban lugar al factor general.
- Las inteligencias múltiples. A lo largo de la historia se han propuesto diferentes modelos:
 - El primer modelo de inteligencias múltiples fue dividido en inteligencia cristalizada, la cual engloba todo lo aprendido mediante educación y experiencias

- vitales, e inteligencia fluida, que compromete la memoria y el razonamiento.
- Posteriormente, fue propuesto un modelo que constaba de siete tipos de inteligencia: lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cenestésica, inter e intrapersonal; después se añadió una octava, la inteligencia naturalista. Sólo tres de ellas podían ser evaluadas mediante test o escalas, por ello, se propuso otra forma de evaluar, independiente para cada persona y en diferentes situaciones.
 - A continuación, se propusieron la planificación, la atención, el procesamiento simultáneo y el procesamiento secuencial (PASS) como nuevo modelo de inteligencias múltiples, ya que con estas cuatro habilidades se trabajaba todo el proceso cognitivo.
 - Otro modelo de inteligencia fue el de la teoría triárquica, pues con él se trabajaban habilidades analíticas, creativas y prácticas.
 - Por último, el modelo tripartito hace hincapié en que la inteligencia es resultado de la inteligencia conceptual, práctica y social.

Una vez aclarado esto, cabe destacar el concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) le otorga a la DI, siendo ésta “la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo, como las habilidades cognitivas y la conducta adaptativa”, además hace hincapié en la importancia de la implicación familiar en las personas con este tipo de discapacidad.

En su undécima edición, la AAIDD (2011) define DI como “limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (p. 33).

Según la décimo primera versión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF-11, 2001), la discapacidad engloba el ámbito social, individual y corporal, por tanto, la define como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales” (p. 231); mientras que para la RAE (2021) es la condición de un individuo que por sus capacidades físicas o psicológicas se encuentra limitado a la hora de participar socialmente.

Por otro lado, la décimo primera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2022) nombra la DI como *trastorno del desarrollo intelectual* y coincide con el significado y la clasificación que otorga el DSM-5

HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El concepto de DI ha cambiado mucho con el paso del tiempo pues a lo que a día de hoy se denomina DI durante años se le adjudicaron diversas formas de llamarlo. A continuación, se exponen algunas de esas formas.

Portuondo (2004), haciendo una revisión histórica sobre el concepto de DI, comenta que en el año 500 a.C, el médico Alcmaeon de Crotón fue el primer humano que se percató de la existencia de enfermedades de índole mental. Posteriormente, el médico Hipócrates dijo que los problemas mentales procedían de enfermedades cerebrales, mientras que en Esparta y la Antigua Roma se producía el asesinato de menores con *retraso mental* (RM), por el contrario, el religioso Zoroastro y el filósofo Confucio preferían promover sus enseñanzas como cura para la gente con esta discapacidad.

Portuondo (2004) menciona que, debido al estancamiento científico y al avance religioso producido después de la Edad Media, las personas con enfermedad mental eran sacrificadas porque la población las juzgaba, asociándolas con criaturas diabólicas, sólo conseguían salvarse aquellos que hacían reír al pueblo. Por otro lado, se encontraba el médico Avicena con una clasificación de enfermedades mentales, a la vez que empleaba el término *amencia* para referirse a lo que hoy denominamos colectivo con DI.

En la época del renacimiento, destaca el profesor Félix Platter por su clasificación de las enfermedades de índole mental, el médico Thomas Willis porque acuñó a la actual población con DI el término *morosis*, y el filósofo y médico John Locke por diferenciar entre locura y enfermedad mental. También menciona la importancia que tuvo la Revolución Francesa para la iniciación del trato médico al colectivo con enfermedades mentales.

Es importante destacar los avances que surgieron en los siglos XVIII y XIX, como la razón orgánica de la parálisis cerebral, la actividad de las células en lo referente a este tipo de enfermedades, la microcefalia y el descubrimiento del área del cerebro por la cual se produce el lenguaje. Durante estos siglos, al colectivo con esta discapacidad se le proporcionó un trato inhumano y los apartaban de la sociedad; por ello, a finales del siglo XIX, la sociedad recapacitó y le otorgó la importancia que todo ser humano merece con la atribución de sus derechos y deberes.

Así mismo, mientras iniciaba el siglo XX, por un lado, se encontraban el psicólogo Binet y el doctor Simon creando la primera escala que medía la inteligencia mediante una serie de pruebas dirigidas a niños con diferentes problemas. Mientras que, por otro lado, se encontraba el científico Vygotsky destacando la importancia de la educación social para el correcto desarrollo de la población con RM.

La AAIDD, anteriormente conocida como Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), es una asociación fundada en 1876 y compuesta por numerosos profesionales de distintas nacionalidades y profesiones, que se ha centrado en investigar e informar sobre las capacidades de índole mental (AAIDD, 2011). Según Verdugo (2002), esta asociación, en su novena edición de 1992, redefinió el concepto de retraso mental enfocándolo en un rasgo relacionado con la interacción de la persona y el contexto, es decir, el estado funcional del individuo en vez de un rasgo del individuo como tal (Verdugo, 1994). Durante años se originaron avances en cuanto a este término fruto de la experiencia de los profesionales y de las investigaciones llevadas a cabo, gracias a esto, en la décima edición se trabajaba con claridad la naturaleza multidimensional de lo que era catalogado como RM y se presentaban indicaciones de buenas prácticas a la hora de diagnosticar, clasificar y planificar apoyos (p. 2).

En el año 2002 se produjo un modelo teórico nuevo en el que se hablaba de “Participación, Interacciones y Roles Sociales” como una dimensión que depende de otras. A pesar de estos cambios, investigaciones y avances, la AAMR optó por seguir empleado el término *retraso mental*, sin embargo, la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (FEAPS) propuso en España el término *discapacidad intelectual* para referirse a sus usuarios, siguiendo el ejemplo de otros países europeos y de la OMS. Fue entonces cuando la AAMR cambió su nombre por AAIDD (p. 3).

Según la undécima edición del libro *Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo* creado por AAIDD (2010), el término de DI se ha basado en cuatro perspectivas: social, clínica, intelectual y de doble criterio (pp. 32-33):

- En lo referente a la perspectiva social, inicialmente las personas eran consideradas con DI por su incapacidad de socializar; posteriormente se reparó en su inteligencia.
- En la perspectiva clínica, la DI era conocida con un concepto más médico que social y era catalogada como “síndrome clínico con síntomas complejos”.
- La perspectiva intelectual enfocaba el significado de DI a la inteligencia, por ello, se creó una clasificación en la que se agrupaba a las personas según su inteligencia.
- La perspectiva de doble criterio hace hincapié en que el manual de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD) de 1959 determina el retraso mental, denominado actualmente DI, como insuficiencias en el desarrollo madurativo, a la hora de aprender y de socializar. Por otro lado, el manual de la AAMD de 1961, ideó una terminología nueva que fue utilizada posteriormente, la *conducta adaptativa*.

CAUSAS

Para Ke y Liu (2017), las causas de la DI son variadas ya que van desde factores genéticos, a ambientales o multifactoriales, pasando por problemas durante el periodo de gestación o debidos a una mala alimentación materna. Conocer la causa de esta discapacidad puede llevar a la prevención de la misma o a desarrollar un tratamiento óptimo para mejorar los problemas que ésta pueda ocasionar, ya que la DI influye en el desarrollo y en el funcionamiento del individuo en el periodo prenatal, perinatal o postnatal, afectando al área orgánica, genética y sociocultural. Por tanto, las causas se distribuyen de la siguiente forma:

- Prenatal. Ocurre antes del nacimiento y pueden ser de distinto tipo:
 - Cromosómico: ocasionando síndromes como el de Down, X frágil o Prader Willi.
 - Un solo gen: produciendo malformaciones cerebrales, síndromes dismórficos, etcétera.
 - Otros cuadros clínicos de origen genético: generando síndromes como el de Rubinstein-Taybi o de Cornelia de Lange.
 - Influencias ambientales adversas como lo son la desnutrición durante el periodo de gestación, infecciones maternas, consumo de sustancias tóxicas...
- Perinatal. Sucede en torno al parto:
 - Último trimestre del embarazo: se puede producir por complicaciones durante el embarazo, por enfermedad de la madre o mal funcionamiento de la placenta.
 - Parto: al ser muy prematuros los bebés y padecer hipoxia, pesar muy poco o por tener un parto difícil.
 - Periodo neonatal: septicemia, hipoglicemia o ictericia grave durante las primeras semanas de vida.
- Postnatal. Se producen durante la primera y segunda infancia infecciones cerebrales, traumas craneales, desnutrición severa o baja estimulación.

Cabe destacar que en ocasiones se desconoce la causa de esta discapacidad, sobre todo, en los casos en los que dicha discapacidad es leve; por ende, se necesitan más investigaciones.

Algunos factores de riesgo de esta discapacidad son la edad materna (mayores de 35 años), consumo de drogas como el alcohol o el tabaco por parte de la progenitora, el peso del bebé (menor de 2500 kilogramos), sexo masculino, padecimiento de epilepsia o asma materna, el número de partos de la madre y el nacimiento prematuro del bebé (Huang *et al.*, 2016; Fan *et al.*, 2013, como se citó en Abarca Barriga, 2021).

DIAGNÓSTICO

Es importante destacar las limitaciones que se encuentran en el funcionamiento intelectual, por ello, AAIDD (2011) hace mención a la puntuación obtenida mediante pruebas cognitivas, la cual debe encontrarse por debajo de la media de los criterios de clasificación, teniendo en cuentas las erratas que se pueden producir, motivo por el cual los especialistas deben tener un juicio crítico sobre la nota obtenida.

El DSM-5 (2014) considera que la DI se produce durante el desarrollo e interfiere negativamente tanto en el “funcionamiento intelectual como también en el comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (p. 17), siendo el comportamiento adaptativo (CA) el conjunto de capacidades de tipo conceptual, social y práctico aprendidas y llevadas a cabo en la vida cotidiana del ser humano (Hallberg y Bandeira, 2021, citado en Schalock *et al.*, 2021). Por esto, según el DSM-5 (2014), para una persona ser diagnosticada con DI, se deben cumplir los siguientes requisitos (p.17):

- Deficiencia la hora de realizar funciones de índole intelectual, evaluados mediante pruebas clínicas y test que miden el coeficiente intelectual (CI).
- Deficiencia a la hora de adaptarse, la cual afecta en el ámbito social, cultural y personal.
- Aparición de deficiencias de tipo intelectual y adaptativo mientras se produce el periodo de desarrollo.

CLASIFICACIÓN

En lo referente al grado de DI, el DSM-5 (2014) nos detalla los diferentes tipos que existen (pp. 19-22):

- Leve: dificultad en las funciones académicas, en el pensamiento, en la memoria a corto plazo, al socializar y al tener autocontrol emocional por culpa de su inmadurez, y dificultad para ser totalmente independientes, pues necesitan ayuda en ciertos ámbitos de la vida.
- Moderado: tanto la socialización como la independencia y las capacidades conceptuales pueden suponer un ligero obstáculo en su día a día, aunque los sujetos con este nivel de DI pueden ser autónomos en su higiene personal y en los quehaceres del hogar.
- Grave: las capacidades intelectuales se encuentran limitadas al igual que la autonomía y la socialización, pues no pueden comunicarse de forma fluida.
- Profundo: mediante la manipulación de objetos se pueden llegar a desarrollar habilidades de índole físicas, del mismo modo, la comunicación verbal se encuentra notoriamente afectada, motivo por el cual, se emplea la comunicación no verbal. En lo

referente a la independencia y autonomía, hay que destacar que carecen de ella por completo, sin embargo, pueden realizar acciones sencillas aquellas personas que no tengan alteraciones físicas severas.

Este manual también hace mención a la DI no especificada, y la define como aquella que se le dificulta diagnosticar por problemas de tipo sensorial o físico e incluso por la falta de pruebas notorias de una DI, es por ello que esta categoría de discapacidad se atribuye a personas con más de cinco años (p. 23).

Por otro lado, el CIE-11 (2022) añade un tipo más, el provisional y lo describe como la asignación que se le realiza a un sujeto menor de cuatro años con convicción de tener trastorno del desarrollo intelectual y al cual no es posible realizarle una evaluación.

Es necesario realizar una evaluación para diagnosticar y conocer el grado de DI que posee un sujeto, por ello, Ke y Liu (2017) coinciden en que una evaluación debe tener en cuenta los antecedentes médicos de la persona a diagnosticar, así como su desarrollo lingüístico, físico y social, sin olvidar el ambiente que lo rodea. Los especialistas deben realizarles exámenes físicos relacionados con dicha discapacidad, la evaluación del CI mediante escalas o test y, el comportamiento adaptativo, a través de la comparación con otros sujetos por medio de escalas, sin olvidar los estudios de laboratorios, los cuales pueden indicar el motivo de dicha discapacidad y el desarrollo que conlleve.

Para estos autores, algunos problemas de salud que se encuentran ligados a esta discapacidad son la epilepsia, problemas conductuales y sensoriales, pues un 5%-10% de la población con DI padecen problemas visuales y auditivos.

Una vez se ha producido el diagnóstico y se ha catalogado el grado de DI del sujeto, se procede a proporcionarle apoyos con los que combatir las desigualdades sociales y pueda desarrollarse y llevar a cabo su vida con normalidad. Los apoyos se realizan de forma individualizada o colectiva, según el momento y las necesidades de cada individuo, y pueden ser de índole mundial, nacional o local, teniendo en cuenta la legislación de cada zona y la implicación de la sociedad.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En este apartado se tratará la importancia de la actividad física y el deporte en personas con DI, ya que con una óptima salud física se logra mejorar el tono muscular, el sistema circulatorio y respiratorio, el esquema corporal y la autoestima, pues se consigue la autosuperación y la redefinición positiva del autoconcepto, por lo tanto, la realización de la misma conlleva a tener una buena percepción de sí mismos. Por consiguiente, la ejercitación física es esencial en el colectivo con DI ya que dicho colectivo es propenso a tener déficits en el desarrollo motor, en la coordinación óculo manual, en el tono muscular y en laxitud de las manos (Alonso, 2017, p. 225).

Antes de desglosar la actividad física y el deporte es necesario conocer su significado. Según la OMS (2020), la actividad física es toda clase de movimiento corporal realizado por la musculatura y el esqueleto con su determinado gasto energético; y para la RAE (2021) el deporte es la realización de actividad física que depende de normas y se puede realizar de forma lúdica o competitiva. Divide el deporte en dos tipos: deporte de aventura, siendo aquellas actividades que se llevan a cabo en espacios naturales; y deporte de riesgo, actividades peligrosas.

Por otro lado, Batalla (2000) define habilidad motriz como “la competencia de un sujeto frente a un objetivo dado, aceptando que, para la consecución de este objetivo, la generación de respuestas motoras, el movimiento, desempeña un papel primordial e insustituible” (p. 8). Se conocen dos categorías (p.11):

- Las habilidades motrices básicas: características generales y frecuentes en varias personas. Por ejemplo, “la habilidad motriz de la carrera”, pues todo el mundo sabe correr.
- Las habilidades motrices específicas: aquellas características más complejas y propias de un entorno concreto. Siguiendo el ejemplo de las habilidades motrices básicas, cada persona adopta su forma peculiar de correr y es diferente en cada situación en la que tiene que hacerlo.

Por otra parte, Alonso (2017) hace mención a las seis dimensiones que contienen las habilidades psicomotrices: esquema corporal, respiración y relajación, equilibrio, estructuración espacio-temporal, ritmo y coordinación (pp. 231-232).

Trabajando la psicomotricidad mediante determinadas actividades, además de mejorar las dimensiones mencionadas anteriormente, se potencia la motricidad fina y gruesa, la

lateralidad, las habilidades cognitivas, la expresión del cuerpo y el desarrollo emocional, ya que se incrementa la confianza y la seguridad (Alonso, 2017, pp. 234 y 242).

ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La OMS (2020) recomienda que los menores con discapacidad realicen alrededor de 60 minutos diarios de actividad física variada en un promedio de tres días semanales, del mismo modo aconseja que los adultos con discapacidad la lleven a cabo, al menos, durante 75 minutos. Da gran valor a la realización de diferentes actividades (aeróbicas y anaeróbicas) con distintos niveles de intensidad, pues considera que de esta forma se trabajará todo el cuerpo dejando al margen el sedentarismo ya que, actualmente, la sociedad tiende a esquivar u omitir la actividad física, lo que ocasiona un aumento en el riesgo de padecer sobrepeso, atrofia muscular, insomnio, enfermedades cardiovasculares y cancerígenas, diabetes y, por lo tanto, se produce un aumento en las cifras de mortalidad.

En lo referente al colectivo con DI, cabe destacar que posee características propias en lo referente a psicomotricidad (Galligó y Galligó, 2003, como se citó Torres *et al.*, 2021, p. 382):

- Respiración superficial y mala gestión del esquema corporal, de coordinación, de movilidad y de adaptación.
- Orientación y estructuración del espacio deficientes, al igual que el autoconocimiento corporal.
- Problemas de relajación.

Según Alonso (2017), para que el colectivo con DI conozca y domine su cuerpo, potenciando su psicomotricidad, hay que desarrollar e implementar un programa de psicomotricidad compuesto por actividades adaptadas y con unos objetivos preestablecidos (p. 234). Para progresar es necesario el compromiso de la sociedad con el colectivo de DI y la predisposición de cada individuo.

Como se ha mencionado previamente, hay que adaptar la actividad física a las capacidades de cada sujeto, pero para comprender bien esto hay que saber que la Actividad Física Adaptada (AFA) es “todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes, como discapacidad, problemas de salud o personas mayores” (DePauw y Doll, 1989, como se citó en Perez, *et al.*, 2012, p. 214). Por ello, siguiendo el trabajo de Sanz y Reina (2012), los beneficios en este colectivo son:

- A nivel del sistema cardiovascular:
 - Se fortalece el músculo cardíaco como resultado de actividades aeróbicas.
 - Mejora la frecuencia cardíaca en estado de reposo y mientras se realiza ejercicio, al igual que se mejora la hipertensión; la capilarización cardíaca; y el flujo sanguíneo.
 - Se previenen enfermedades cardíacas.
- A nivel del sistema respiratorio:
 - Se potencia la capacidad pulmonar y los músculos respiratorios.
 - Merma la frecuencia respiratoria.
- A nivel del sistema metabólico y endocrino:
 - Incremento de consumo basal.
 - Reducción de lípidos; de colesterol y de padecer diabetes tipo II.
 - Ayuda a mantener el peso adecuado.
- A nivel del aparato locomotor:
 - Mantiene un adecuado tono muscular que permite la sujeción de la columna vertebral; y la flexibilidad de las articulaciones y sus correspondientes tejidos.
 - Menor pérdida de sales minerales.
- A nivel psicológico, social y emocional:
 - Se reduce la ansiedad o la depresión, el estrés, la agresividad y emociones negativas.
 - Se produce una mejoría en el autoconcepto, la autoestima, la autoeficiencia; en las emociones positivas; en la relajación, actividad sexual y en el sueño, así como en las relaciones sociales.
- A nivel de la piel:
 - Mejora la transpiración de la piel.
- Otros beneficios:
 - Reduce del riesgo de padecer cáncer.

A modo resumen, la actividad física está ligada a la mente; a la cultura; a la sociedad y al propio cuerpo. Los beneficios físicos, inmunológicos, psíquicos, y emocionales que aporta dicha actividad son incalculables ya que, además de producir un mejor desarrollo global, influye positivamente en la inclusión social y en el entorno, todo esto contribuye a tener una vida sana.

DEPORTE EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En cuanto al deporte, que desde finales del siglo XX empezó a ser estudiado por las ciencias sociales, se estableció que, además de tener sus propias normas y ser autónomo, estaba influenciado por la economía y la política, sin dejar de lado el carácter cultural por el que se originó (Bourdieu, 1984,1988, como se citó en Soto, 2018 en p. 31). Desde su origen ha sido moldeado, lo que lo ha llevado a adquirir el carácter y la importancia que hoy en día tiene.

Existen autores que consideran que el deporte no tiene una definición como tal, pero si hablan de los tipos que lo componen (Weineck, 2001, como se citó en Barbosa y Urrea, 2018, p. 146):

- Deporte de competición: donde el factor principal es el rendimiento físico.
- Deporte dirigido a la salud: cuya finalidad es obtener un buen estado físico y se realiza de forma lúdica.
- Deporte de alto rendimiento: en el cual se superan los límites físicos y el rendimiento del ser humano.

El deporte puede adaptarse según las capacidades de cada individuo, por ello, los especialistas son capaces de amoldar cada deporte que lo permita al tipo de DI del cada sujeto, de este modo será accesible para todo el mundo. En el mundo deportivo de la discapacidad nos encontramos con (Pérez *et al.*, 2012, p. 215):

- Juegos Paralímpicos: dirigido a deportistas con discapacidad física, intelectual y sensorial de tipo visual.
- Juegos mundiales de Special Olympics: para deportistas con discapacidad intelectual.
- Olimpiadas para sordos: destinadas a personas con discapacidad sensorial de tipo auditivo.

El deporte adaptado puede practicarse de forma grupal inclusiva, lo que permitirá al colectivo con discapacidad participar con personas sin discapacidad, o por el contrario, en la forma grupal específica, en la cual sólo participará el colectivo con discapacidad (Ríos *et al.*, 2009, como se citó en Abellán y Fernández, 2018).

Existen diferentes tipos de federaciones deportivas cuyo fin común es promover el deporte y la competitividad ofreciendo a los usuarios oportunidades para progresar y conseguir su carrera como deportistas. Las federaciones deportivas abarcan diversos tipos de discapacidad, por ejemplo, de discapacidad física, de ciegos, de sordos o de DI. En lo referente a esta última, en España se encuentra la Federación Española para Personas con Discapacidad Intelectual (FEDDI), creada en 1993 y que cuenta con atletismo, baloncesto,

deportes de invierno, gimnasia rítmica, natación, esquí alpino y nórdico, petaca, golf, equitación, pádel, fútbol sala, baloncesto y campo a través.

La difusión que se le ha otorgado a la realización de deportes por parte del colectivo con DI ha tenido un resultado satisfactorio, según *La Estadística del Deporte* del año 2020, desde el año 2016 hasta el 2020 se ha visto un notable incremento de los federados, tal es así que se ha originado un récord a nivel nacional en el porcentaje obtenido en el año 2020; en la Tabla 1 se indican los federados entre el 2016-2020:

Tabla 1

Estadística del deporte federado

Año	Licencias federadas con DI	Licencias federadas sin DI
2016	5951	3.580.182
2017	5823	3.755.675
2018	5368	3.861.499
2019	6377	3.939.133
2020	9347	3.832.569

Nota: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, en lo referente a licencias federadas con DI, durante cinco años casi se ha duplicado el número de licencias, esto quiere decir que el colectivo con DI está participando activamente tanto en su bienestar como en su autosuperación e inclusión en la sociedad.

En cuanto a las licencias federadas sin DI, en la Tabla 1, se ve con claridad el gran número de licencias que existen, aunque se aprecia que en el 2020 se produjo un descenso de dichas licencias, situándose entre la cifra del 2017 y del 2018. Como indica la guía de *La Estadística del Deporte*, a causa de la enfermedad de la Covid-19, se produjo un decrecimiento de dichas cifras.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, a pesar del incremento de licencias del deporte federado de DI, existe notoria desigualdad entre las cifras, por ello, la sociedad tiene el deber de fomentarlo y apoyarlo.

ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A pesar de que en los últimos años se le ha dado importancia a una correcta

alimentación, por factores fisiológicos, metabólicos, genéticos, económicos, culturales y emocionales (Muñoz *et al.*, 2004, como se citó en San Mauro *et al.*, 2016, p. 493) se ha producido un incremento en los casos de sobrepeso y desnutrición a nivel mundial. Por ello, en este apartado se conocerá la posición del colectivo con DI frente a estas situaciones, se expondrán las causas de padecer estas enfermedades y se mencionarán los beneficios de una correcta alimentación.

Grondhuis y Amán (2014) hacen hincapié en lo propensos que son las personas con DI a la hora de padecer sobrepeso u obesidad a causa de medicinas y otros síndromes asociados al aumento de peso y una mala alimentación. Numerosos son los estudios que han demostrado este hecho, por ejemplo, uno realizado con menores franceses con DI en el que niños y niñas tenían gran cantidad de tejido adiposo visceral y padecían sobrepeso y obesidad, siendo este tejido perjudicial para la salud (Salaun y Berthouze-Aranda, 2011, como se citó en Grondhuis y Amán, 2014). Gracias a otro estudio dirigido a adolescentes con DI, se anunció que este colectivo tenía mayor peso, llegando a padecer sobrepeso y obesidad, que el colectivo sin DI (Mikulovic *et al.*, 2011, como se citó en Grondhuis y Amán, 2014); al igual que niños y niñas australianos con DI de entre 2-3 años y 6-7 años en comparación de niños y niñas sin DI (Emerson y Robertson, 2010, como se citó en Grondhuis y Amán, 2014). Por el contrario, en un estudio realizado en Hong Kong, país donde existe mayor control en la dieta, se demostró que las cifras de menores con DI era notoriamente menor (Frey y Chow, 2006, como se citó en Grondhuis y Amán, 2014).

Siguiendo la obra de Grondhuis y Amán (2014), se indica que el peso del colectivo con DI está influenciado por:

- Medicación psicotrópica: los fármacos influyen en el aumento del peso ya que ocasionan cambios en el apetito, intervienen en la función tiroidea y en la retención de líquidos.
- Síndromes: como el síndrome de Prader-Willi, asociado directamente a la DI y obesidad por la mala regulación de la hormona grelina.
- Limitaciones físicas: este colectivo posee una baja condición física.
- Hábitos alimenticios: mayoritariamente propiciados por la acción de los tutores legales, pues son los que controlan la alimentación.

SOBREPESO Y DESNUTRICIÓN

Según Gómez (2003), el sobrepeso es la escasa asimilación de alimentos por parte del organismo, conllevando a una atípica disminución del peso. Padecer esta enfermedad puede producirse por una mala calidad de los alimentos, por poca cantidad de consumo de productos alimenticios o por factores congénitos. Hace mención a la desnutrición a causa de la desigualdad social, la falta de recursos y la ignorancia, ya sea en el momento de la gestación, derivada de una mala alimentación materna durante el embarazo, o bien la mala gestión alimenticia durante la niñez y vida adulta. Los más propensos a parecer esta desnutrición son los niños y niñas, sobre todo, en países en vías de desarrollo. La desnutrición puede tener diferentes grados (Gómez, 2003, pp. 578-579):

- Desnutrición de primer grado: el peso disminuye ligeramente.
- Desnutrición de segundo grado: notoria disminución del peso junto con cambios en el cuerpo como hundimiento de los ojos, pérdida de elasticidad y tono muscular. El sistema inmunológico se debilita, aparece la diarrea y la irritabilidad.
- Desnutrición de tercer grado: desmesurado incremento de todo lo mencionado en el primer y segundo grado, puede producirse de forma paulatina, atrofiando notoriamente el cuerpo y sus organismos, o rápidamente, producto de alguna enfermedad.

Para Gómez (2003), el trabajo de los familiares y médicos es primordial frente a la prevención de esta enfermedad pues en numerosos casos el desconocimiento por parte de los familiares propulsa a padecerla, motivo por el cual los médicos deben compartir sus conocimientos sobre nutrición con ellos, además de aplicarlos cuando sea necesario. Este autor también propone tratamientos para combatir cada grado de desnutrición:

- Tratamiento para combatir la desnutrición de grado uno: fácil y rápido pues consiste en proporcionar una dieta personalizada a la persona que lo padece.
- Tratamiento para combatir la desnutrición de grado dos: compuesto por una alimentación con gran carga energética a la vez que se evitan vómitos e infecciones y se vigila la evolución de la piel, órganos y tono muscular.
- Tratamiento para combatir la desnutrición de grado tres: la acogida de este tratamiento depende de la forma en la que se ha llegado al tercer grado pues responden de mejor manera los casos han llegado a este grado rápidamente que los que lo han hecho de forma lenta. Este tratamiento busca la reeducación del aparato digestivo porque en ocasiones éste ha perdido su función digestiva, por ello, se proporcionan alimentos en pequeñas cantidades con gran aporte energético y carente de grasa. Por otro lado, se

necesita realizar transfusiones de sangre y suero fisiológico, al igual que ciertas vitaminas, para complementar el tratamiento y conseguir un mejor resultado.

En lo referente al sobrepeso, la OMS (2021) lo define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” y hace hincapié en el incremento de cifras, a nivel mundial, de personas que las padecen ya sea por el aumento de alimentos calóricos consumidos y/o la disminución de la actividad física.

Según Olza y Gil (2015) (pp. 228-235), la clasificación de la obesidad depende de tres criterios:

- Etiología: puede ser de tipo exógena, siendo el predominante y producto de la mala regulación entre la ingesta de calorías y el poco gasto energético, y de tipo endógena, relacionado con factores genéticos.
- Morfología: a su vez, esta se subdivide en central o androide, siendo el tejido adiposo que se sitúa en el tronco y zona intraabdominal, y en periférica o ginecoide, siendo la acumulación de grasa en la zona fémoro-glútea y caderas.
- Histología: abarcando el tipo de hiperplásica, es decir, el aumento de adipocitos, y el tipo de hipertrófica, originándose el aumento de tamaño de los mismos.
- El motivo por el cual se llega a padecer obesidad depende de:
- La genética: las mutaciones de origen genético interfieren en la regulación del apetito, del peso y de la saciedad, y se ven potenciadas por factores ambientales. Esto da lugar a la obesidad monogénica o a síndromes raros con disfunción hipotalámica.
- El tejido adiposo: reserva energía a la vez que mantiene la actividad metabólica, a excepción de cuando la grasa aumenta pues provoca un deterioro en este tejido.
- Los factores neuroendocrinos: el consumo de alimentos se produce por la participación del sistema nervioso central y autónomo, neurotransmisores y neuropéptidos. Por tanto, la estimulación del centro de saciedad se origina tras una respuesta rápida, posterior a la ingesta, y cuando se inhibe el apetito.
- Otros factores. Alimentación, actividad física y cambio en los hábitos de vida: siendo determinante la edad, el sexo, las costumbres alimenticias, los factores socioeconómicos y culturales y ambientales y psicológicos.

Siguiendo a Olza y Gil (2015), para volver a tener un peso saludable se necesita adquirir una correcta educación alimentaria, realizar actividad física y fuerza de voluntad por parte del afectado, es decir, querer cambiar y mejorar su estilo de vida. Sin embargo, existen tratamientos médicos que ayudan a que se produzca el cambio:

- Tratamientos farmacológicos: aclamados por los pacientes, pero de dudosa eficacia. Determinados medicamentos interfieren en la absorción de grasas, en el apetito, en el sistema nervioso central o periférico, motivo por el cual los pacientes tienden a elegirlos, sin tener en cuenta los efectos nocivos que pueden.
- Cirugía bariátrica: es dirigida a determinadas personas dado su riesgo quirúrgico y estricto seguimiento médico. Los procedimientos que se llevan a cabo son de tres tipos: restrictivas, parcialmente malabsortivas y mixtas.
- Tejido adiposo pardo: en el mundo animal la función de este tejido es controlar la energía y convertirla en calor. Este tejido da pie a una terapia novedosa que permite el control de la homeostasis energética ya que se ha observado su funcionamiento con bajas temperaturas.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

A pesar de vivir en el siglo XXI y tener acceso al conocimiento e información y comprender lo mencionado anteriormente, se ha producido un incrementado en la tasa de obesidad, sobrepeso y desnutrición pues la dieta de la población cuenta con gran cantidad de grasas y proteínas (Ruiz *et al.*, 2015, como se citó en San Mauro *et al.*, 2016, p. 493). Estos malos hábitos de alimentación desencadenan enfermedades de índole físicas, inmunológicas y mentales como tales como la diabetes, el colesterol elevado, el cáncer de colon o trastornos alimenticios; también provocan problemas cardiovasculares, sin olvidar la dificultad de movimiento al padecer sobrepeso y los problemas de concentración y anímicos. Una incorrecta alimentación no es sólo un problema de carácter individual, también es colectivo y, por lo tanto, social; es por ello que el gobierno tiene el deber de promover todo hábito de vida saludable, pues tanto con la alimentación como con los demás hábitos sanos se consigue la salud de la población mundial.

Por ello, lo conveniente sería adquirir una completa alimentación, la cual es definida por Ramón (2018) como todo alimento cuyo fin sea la alimentación de organismos, aportándoles los nutrientes esenciales para su correcto crecimiento y desarrollo; siendo un nutriente un alimento indispensable en la dieta de los seres vivos, ya que el conjunto de ellos se encargan de impulsar tanto el metabolismo como la estructura y función de dichos seres vivos, ejemplos de nutrientes son las vitaminas o minerales. Los alimentos se clasifican según su utilidad funcional:

- Plásticos: predomina la proteína animal, el calcio y el hierro.

- Energéticos: abundan los lípidos y los glúcidos complejos y simples.
- Reguladores: destacan la vitamina A, C y D, antioxidantes, caroteno, magnesio y hierro.

El objetivo principal de las dietas o de la alimentación saludable no debe ser la pérdida de peso, si no tener una buena salud de manera prolongada, lo cual, como factor colateral conlleva a la disminución de peso; además las dietas tienen que adaptarse a las necesidades de cada persona pues hay que tener en cuenta la edad, el historial médico, la condición física, la salud y la cultura, dichas dietas también tienen que ser variadas y completas, compuestas por diferentes alimentos. Una de las dietas más famosas, equilibradas y completas es la dieta mediterránea, cuyas características son: alto consumo de grasas, cereales no refinados, así como frutas, verduras, legumbres, frutos secos y pescado, frente a un controlado consumo o de carne blanca, productos lácteos y vino, y un bajo consumo de carnes rojas y sus derivados (Arós y Estrunch, 2013). Tal es su importancia que en el año 2013 la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) la nombró Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por abarcar conocimientos, costumbres, y competencias vinculadas con la calidad de la agricultura, ganadería y las técnicas culinarias propias de la zona mediterránea.

Según la OMS (2020) la alimentación diaria y adecuada para los adultos y niños o niñas debe constar de cinco porciones de frutas y verduras y menos del 5% de azúcares libres y sal, al igual que menos del 30% de grasas. Plantea reducir el consumo de tubérculos y optar por grasas no saturadas.

Resumiendo lo explicado en los apartados anteriores, es de notoria importancia la realización de una dieta equilibrada, teniendo en cuenta la condición física y la edad, entre otras necesidades, sin dejar de lado la actividad física y el constante apoyo de familiares y profesionales que les proporcionen ayuda cuando la necesiten y supervisen sus progresos de manera constante.

Para no llegar a padecer ninguna de las enfermedades mencionadas en este apartado, lo conveniente sería formar a toda la población, independientemente de la edad, de los beneficios que tienen la correcta alimentación y la actividad física.

RELAJACIÓN Y SUEÑO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En este apartado se pretende profundizar en lo que conlleva la relajación y un sueño correcto y cómo ambas prácticas influyen en las personas con discapacidad intelectual.

Según Casal (2018, pp. 91-92) colectivo con DI padece de grandes niveles de estrés, ansiedad, ira o frustración; en definitiva, carece de autocontrol a causa del aislamiento y crítica social al que es sometido, de los problemas que tienen para relacionarse, de la mala gestión familiar y de la medicación que toman. Por ello, es fundamental llevar a cabo técnicas de relajación, ya que además de reducir la ansiedad se mejora el comportamiento, se regulan las emociones y se produce una mejoría en las capacidades cognitivas.

Por otro lado, es importante destacar cómo afecta el sueño al colectivo con DI ya que cuando no descansan se producen problemas conductuales (Novell *et al.*, 2015, p. 89) pues aumentan la irritabilidad, hiperactividad, estereotipias, agresiones (con otros y consigo mismos) (Brylewski y Wiggs, 1999, como se citó en Esbensen, 2016, p.2).

RELAJACIÓN EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En la actualidad la sociedad vive con prisas, queriendo realizar sus acciones en el menor tiempo posible, lo que conlleva a altos niveles de tensión y de estrés, de ahí la necesidad de controlar y mitigar dichos niveles mediante la relajación (Gómez, 2013, p.36).

Para Casal (2018) la relajación consiste en disminuir la tensión del cuerpo a la vez que este va ganando flacidez y la mente se queda en blanco mientras se permanece acostado cómodamente en un ambiente tenue, silencioso y manteniendo una buena temperatura corporal. Al liberar tensión se produce el descanso corporal, el cual desencadena en un bienestar general y fuerza de tipo mental y física (p. 93).

Por consiguiente, siguiendo la revisión realizada por Gómez (2013), los objetivos de la relajación son:

- Conocer el propio cuerpo a la vez que se consciencia sobre la inhibición voluntaria del músculo.
- Mejorar la respiración y la concentración (Castellanos, 2011; Lefèbure, 2003, como se citó en Gómez, 2013, p. 37).
- Facilita la recuperación del organismo y el descanso del sistema.
- Potencia el bienestar físico, el tono muscular y el desarrollo del sistema sensoriomotor.

Para conseguir dichos objetivos las técnicas de relajación que se emplean son (Hervás *et al.*, 2016; Bados, 2005; Morales *et al.*, 2019; Moix y Casado, 2011; Soriano, 2012, como se citó en Soria *et al.*, 2021, p. 1311):

- Visuales: el uso de la imaginación para obtener imágenes agradables.
- Cognitivas: reducción del estrés centrado en la atención.

- Relajación progresiva de Jacobson: después de tensionar los diferentes músculos del cuerpo se produce una relajación secuencialmente, mientras esto ocurre, se toma conciencia sobre las sensaciones originadas en ambos procesos. Es decir, con esta técnica se aprende a diferenciar entre tensión y relajación.
- Técnicas de respiración diafragmática: con estas técnicas se controla de forma voluntaria la respiración.

En la actualidad, la técnica de tipo cognitivo denominada mindfulness, está muy solicitada para relajar al colectivo con DI ya que no se centra en el uso del lenguaje y con él se adquieren estrategias de autocontrol; esta técnica hay que adaptarla a las necesidades de cada individuo (Calderón y Caballo, 2018, p. 54). El mindfulness es definido como “el estado de conciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente, intencionadamente y sin juzgar, al despliegue de la experiencia momento a momento” (Kabat, 2003, como se citó en Calderón y caballo, 2018, p. 53) y, para Collazo *et al.* (2017), con él se resuelven las situaciones cotidianas y las habilidades sociales mejoran, todo esto se produce por la correcta canalización de pensamientos y emociones (Moñivas *et al.*, 2012, como se citó en Collazo *et al.*, 2017, p. 140).

SUEÑO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En lo referente al sueño, para Ward *et al.*, (2014) el colectivo con DI es propenso a padecer trastornos del mismo a causa de anomalías genéticas, epigenéticas del sueño o vigilia, la ausencia de límites y su predisposición al insomnio, ocasionando un bajo rendimiento en las actividades desarrolladas durante el día y un comportamiento problemático.

Para conocer si las personas con DI padecen este trastorno se tiene que tener en cuenta su patología, sus hábitos de sueño, su conducta a lo largo del día, su siesta, la calidad y cantidad tanto del tiempo en el que permanece despierto durante el día como dormido por la noche, y, en ocasiones, el comportamiento familiar, pues la sobreprotección suele desencadenar en problemas del sueño (Martino y Barrera, 2003, p.153).

Según Martino y Barrera (2003) el sueño es esencial en el correcto desarrollo humano, por ello, los cambios en él y en su calidad tienen especial importancia para el funcionamiento del día a día (p. 153).

Para Aguilar *et al.* (2017), es importante conocer el significado del mismo y lo que este conlleva para mejorar la conducta a la hora de dormir, por ello, es conveniente definir el sueño como un estado fisiológico imprescindible y mientras que se duerme se produce un descenso de la conciencia y del estado de alarma, a la vez que se requiere de una integración

cognitiva y se modifican procesos fisiológicos propios del organismo. Otra definición es que el sueño es un fenómeno adaptativo a cambios biológicos del tiempo a través de los ritmos biológicos. Según estos autores, el sueño está relacionado con las funciones neurofisiológicas ya que el dormir repercute en el sistema nervioso a nivel fisiológico y morfológico, y al no realizarlo se ve afectada tanto la salud física como la emocional y la realización de tareas:

- El sueño y el sistema inmunológico: el tener problemas a la hora de dormir ocasiona un incremento de enfermedades, disminuye la capacidad de concentrarse y fuerza los órganos, además de producir cefaleas, artralgias y depresión, por lo tanto, se debilita el sistema inmunológico.
- El sueño y el sistema cardiovascular: durante la fase REM (movimientos oculares rápidos) del sueño tanto la frecuencia cardíaca y respiratoria como la presión arterial aumentan, todo lo contrario que en la fase NREM (no REM), donde dichas frecuencias y presión disminuyen. Al despertar, de nuevo se vuelve a producir un incremento en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial.
- El sueño y el sistema endocrino: la falta de sueño produce un desajuste en el nivel endocrino y metabólico.

Para Aguilar *et al.* (2017), otra función primordial que se potencia con el sueño es la adquisición de información nueva, la consolidación de la memoria y el desarrollo infantil.

Por todo esto, el colectivo con DI debe optimizar el sueño mediante mejoras conductuales como buenos hábitos del sueño, la disminución de reforzadores negativos (Marquéz *et al.*, 2011, p. 446), realizando actividad física, creando un clima apropiado en la habitación, teniendo en cuenta la hora a la que cena o evitando bebidas, sobre todo aquellas que contengan cafeína (Novell *et al.*, 2015, p. 91).

Por todo esto, la OMS (2022) declara que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y destaca el derecho legal que tiene toda la población de poseer el máximo nivel de la misma. La población con DI, en ocasiones necesita ayuda para tener una salud óptima y por ello, la sociedad tiene el deber de colaborar y apoyar pues tanto el funcionamiento como la vida del colectivo mejorarán.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CONTEXTO Y DESTINATARIO

Esta propuesta de intervención está dirigida a las personas con discapacidad intelectual leve o moderada de entre 16 y 30 años, usuarios del centro Plena Inclusión Mérida.

Este centro, situado en la calle Cabo Verde de la ciudad extremeña de Mérida, tiene como prioridad proporcionar apoyo y oportunidad a cada persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y a su familia, con el fin de promover su total inclusión, ya que todo ser humano tiene derecho a vivir en una sociedad justa y solidaria teniendo calidad de vida. Para ello, ofrece los servicios de:

- Atención temprana.
- Rehabilitación funcional.
- Centro ocupacional.
- Centro de día.
- Residencia, apoyo extenso y generalizado.
- Residencia de apoyo intermitente o limitado.

La intervención se realizará con grupos de 8 a 10 personas y todos deberán asistir con un consentimiento firmado por sus padres, madres, tutores o representantes legales (figura 1).

Figura 1

Consentimiento de los usuarios

**Consentimiento para la asistencia a la propuesta
de intervención psicopedagógica para promover
hábitos de vida saludable en el colectivo con
discapacidad intelectual**

Don/Doña.....con DNI/NIE.....padre/madre/tutor
o representante legal de con
DNI/NIE..... Consiente que dicho menor asista a la
impartición de esta propuesta de intervención psicopedagógica en el
centro Plena Inclusión Mérida con dirección c/ Cabo Verde SN. La
propuesta se realizará del 4 de septiembre del 2022 al 7 de octubre del
2022 de las 10:00 horas a las 10:45 horas los lunes, miércoles y viernes.
En dicha propuesta se trabajarán temas de actividad física y deporte,
alimentación saludable, técnicas de relajación y sueño de calidad, todo
ello enfocado para abastecer las necesidades del colectivo con
discapacidad intelectual, de esta forma se promueve la vida activa y
saludable, dándoles el derecho a mejorar su calidad de vida. Con el
presente documento también se permite que el menor salga del
centro para realizar las actividades que sean pertinentes los días 7, 9 y
21 de septiembre, siempre se saldrá del centro con tres
trabajadores/voluntarios que velarán por la salud de cada usuario.
En.....a..... de.....del 2022.

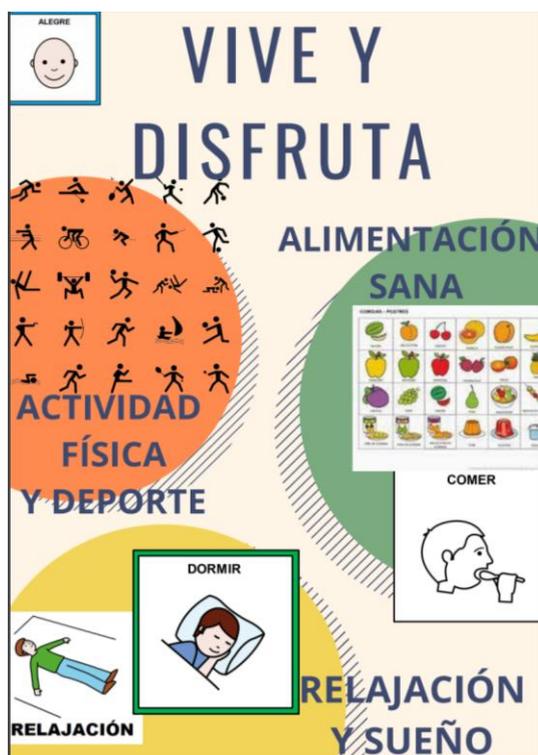
Firma del padre/madre/ tutor o representante legal del menor.

Nota: Elaboración propia.

Para promover el interés y concienciar a los usuarios y sus familiares por los hábitos de vida saludable, paralelamente a la impartición de esta propuesta de intervención, se colocarán carteles por el centro (figura 2).

Figura 2

Cartel hábitos saludables



Nota: Elaboración propia.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Inculcar hábitos de vida saludable en el colectivo con DI.
- Concienciar al colectivo con DI sobre los beneficios de tener hábitos de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la actividad física en el colectivo con DI.
- Promover el deporte en el colectivo con DI.
- Difundir las consecuencias del sedentarismo en el colectivo con DI.
- Enseñar una correcta alimentación en el colectivo con DI.
- Informar al colectivo con DI sobre las consecuencias de no tener una alimentación

adecuada.

- Instruir técnicas de relajación que se puedan realizar de forma autónoma en el colectivo con DI.
- Enseñar a controlar sus emociones frente a situaciones ansiógenas.
- Dar a conocer las consecuencias de malos hábitos del sueño en el colectivo con DI.

RECURSOS Y TEMPORIZACIÓN

Para el desarrollo de esta propuesta se empleará el salón de actos, la cocina y el patio del centro de Plena Inclusión Mérida, el cual dispone de mesas y sillas, pizarra, tizas, pizarra digital, proyector, colchonetas, conexión WIFI, Nintendo Wii con algunos juegos, pantalla de TV, material deportivo, como colchonetas, balones, pesas o bolos con su respectiva pelota globos, papel aluminio, menaje de cocina, bolígrafos, lápices, folios, diarios, lienzos, pinturas, botellas de agua, rollos de papel higiénico, altavoces y ordenadores. Así como también se necesitan alimentos comprados en un supermercado, piscina municipal, material acuático como churros de espuma o mancuernas, barcos pequeños y ligeros de plástico, maquinaria deportiva situada en los parques, música relajante procedente de dispositivos móviles de los instructores encargados de realizar las actividades y testigos deportivos.

Es importante destacar que cada usuario usará mascarilla, su propio material, se mantendrá la distancia de seguridad de 1,5 metros y se tomará la temperatura con un termómetro a todos los asistentes, del mismo modo que se procederá a la desinfección de lo utilizado y habrá ventilación frecuente. Estas medidas sanitarias son importantes para prevenir la propagación de la Covid-19.

Se requiere de la presencia de una psicopedagoga, según la actividad a desarrollar se necesita de uno o dos voluntarios del centro pues ayudarán a la realización la sesión, un chef y un Técnico Superior en Animación de Actividades Física y Deportivas (TAFAD). Para realizar ciertas actividades es fundamental salir del centro como al supermercado, al parque o a la piscina municipal; en ocasiones se necesitará un autobús, perteneciente al centro, y un conductor del mismo.

La realización de esta propuesta de intervención serán los lunes, miércoles y viernes de cada semana; en total llevarán a cabo quince sesiones que durarán 45 minutos cada una. Iniciará el día 5 de septiembre del año 2022 y terminará el 7 de octubre del mismo año. Los primeros cinco días se desarrollarán las actividades relacionadas con la alimentación, los cinco siguientes se llevarán a cabo las actividades de actividad física y deporte, y los últimos

cinco días las actividades que implican la relajación y el sueño. En la tabla 2 se esclarece el horario y la organización de esta intervención.

Tabla 2

Organización de la propuesta de intervención

Días	Meses	Horario	Actividades
5, 7, 9, 12 y 14	Septiembre	10:00h-10:45h	Actividad física y deporte
16, 19, 21, 23 y 26	Septiembre	10:00h-10:45h	Alimentación
28 y 30	Septiembre	10:00h-10:45h	Relajación y sueño
3, 5 y 7	Octubre		

Nota: Elaboración propia.

METODOLOGÍA

Las actividades propuestas en este TFM se realizarán de forma grupal, lo que permitirá trabajar otros objetivos de manera transversal, como mejorar las habilidades sociales, respetar el turno, respetar las opiniones, escuchar activamente, realizar una estructuración morfosintáctica adecuada a la hora de hablar, gestionar las emociones, etcétera. El interés por parte de los participantes y de los instructores será fundamental para la realización de cada actividad, ya que se requiere de la participación de todos; de esta forma se conseguirá un clima cómodo que facilitará el trabajo y la adquisición de conocimientos. Por todo esto, y para que las actividades fluyan con naturalidad y se cumplan tanto los objetivos como la organización de cada actividad, el papel del psicopedagogo es fundamental.

En lo referente a la metodología empleada para la realización de esta propuesta de intervención es importante que sea activa y participativa, es decir, debe ser (Sanhueza *et al.*, 2017):

- Lúdica: ya que mediante éstas se promueve el aprendizaje.
- Interactiva: puesto que son las que ocasionan un intercambio de opiniones mediante diálogos. Este tipo de actividades requiere un clima respetuoso.
- Creativa y flexible: porque los objetivos propuestos se pueden conseguir de diferentes formas.
- Formativa: por la actividad instructiva que tiene mientras se comparte información y se potencia el pensamiento crítico.
- Procesal: ya que origina cambios en el comportamiento de los sujetos mediante la

impartición de contenidos.

- Comprometida y comprometedora: siendo indispensable el compromiso de la cultura para cambiar, propulsado por el compromiso de cada sujeto con el proceso y lo que derive del mismo.

En definitiva, esta propuesta de intervención se realizará de forma lúdica mediante actividades que, además de formar, promuevan las habilidades y modifiquen positivamente el comportamiento de los usuarios para conseguir un colectivo cada vez mejor capacitado y comprometido consigo mismo y con la sociedad.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE PARA EL COLECTIVO CON DI

Antes de proceder a explicar lo que se desarrollará en las cinco sesiones correspondientes a este apartado, en la tabla 3 se detalla su organización.

Tabla 3

Organización de la propuesta de intervención. Actividad física y deporte

Sesiones	Días	Meses	Horario	Actividades de la actividad física y el deporte
1	5	Septiembre	10:00h-10:45h	Evaluación inicial, charla y baile
2	7	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso y aquagym
3	9	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso y park-gym
4	12	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso y Juegos mundiales de Special Olympics
5	14	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso, Nintendo Wii y evaluación final

Nota: Elaboración propia.

Sesión 1

En la primera sesión llevada a cabo el día 5 de septiembre, antes de la charla sobre la actividad física y sus correspondientes actividades, se realiza una evaluación inicial de forma grupal. El fin de esta evaluación es averiguar los conocimientos que tiene el colectivo con DI sobre el tema actividad física y el deporte. Como aparece en la tabla 4, esta evaluación inicial

consta de una serie de preguntas que los usuarios deberán responder.

Tabla 4

Evaluación inicial de actividad física y deporte

Preguntas	Respuestas
¿Con qué frecuencia realizáis actividad física?	
¿Qué ejercicios o deporte practicáis?	
¿Creéis que la calidad de vida mejora con la actividad física?	
¿Qué beneficios creéis que tiene hacer deporte?	
¿Sabéis que existen olimpiadas para personas con DI?	

Nota: Elaboración propia.

Una vez realizada la evaluación inicial, se realiza la charla sobre la actividad física, donde se explica durante 15 minutos la importancia de tener una vida activa realizando actividades físicas, los beneficios que proporciona y los problemas que ocasiona el sedentarismo; para que tengan en cuenta el calibre de esta charla, se les proporcionarán una infografía (anexo 1) donde aparecerá en pictogramas lo expuesto en la charla.

Antes de proceder a desarrollar la actividad programada para esta sesión (tabla 5), se les pondrá un calendario (anexo 2) en el aula donde se encuentran todas las actividades a desarrollar y, al comenzar cada sesión, los usuarios tendrán que decir el motivo por el cual se desarrolla esa actividad y qué pros o contras conlleva.

Tabla 5*Actividad 1. Baile*

Objetivo	Ejercitar el cuerpo mientras se optimiza el oído, la vista y la socialización.
Materiales	Dispositivo móvil, colchoneta, música y altavoz.
Duración	30 minutos
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	<p>El TAFAD empezará con movimientos para calentar brazos, piernas, tobillos, manos, hombros, abdomen y cuello para evitar lesiones; luego pondrá diferentes canciones y para cada una de ellas tiene una coreografía diferente, con las cuales se trabajará todo el cuerpo. Por último, se realizarán ejercicios de estiramiento en la colchoneta, para ayudar al cuerpo a recuperarse antes y no tener agujetas.</p> <p>Las canciones elegidas para bailar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Madre Tierra</i> de Chayanne. • <i>Tacones Rojos</i> de Sebastián Yatra. • <i>Pegao</i> de Camilo. • <i>La Vida es un Carnaval</i> de Celia Cruz. <p>En todas ellas primará la capacidad y destreza de cada persona, teniendo en cuenta sus limitaciones. Por ello, serán pasos básicos de salsa, cumbia, saltos, giros y movimiento de manos y brazos; ejercitando todo el cuerpo y moviéndose todo el mundo hacia delante, hacia atrás y hacia derecha e izquierda, siempre de forma individual.</p>

Nota: Elaboración propia.

Sesión 2

Se inicia la segunda sesión, llevada a cabo el día 7 de septiembre, con un repaso grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la actividad física, y después se realiza la actividad propuesta para ese día (tabla 6).

Tabla 6*Actividad 2. Aquagym*

Objetivo	Ejercitar el cuerpo.
Materiales	Piscina, mancuernas acuáticas y churros de espuma.
Duración	30 minutos
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo, dos voluntarios y un conductor de autobús.
Desarrollo	<p>Irán en autobús porque la piscina municipal se encuentra retirada del centro.</p> <p>El TAFAD empezará con movimientos para calentar. Luego realizarán, diferentes ejercicios como abdominales con el churro, saltos, sentadillas, caminar y saltar sin desplazarse, fortalecimiento de brazos y espalda con las mancuernas al levantarlas, girar la cadera hacia los lados con el churro en las manos y sin levantarlo del agua, etcétera. Por último, realizarán ejercicios de estiramiento.</p> <p>Después volverán en autobús al centro.</p>

Nota: Elaboración propia.

Sesión 3

La tercera sesión, llevada a cabo el día 9 de septiembre, empieza con un repaso grupal, a modo de evaluación procesual, sobre los beneficios de realizar actividad física, y después se realiza la actividad propuesta para ese día (tabla 7).

Tabla 7*Actividad 3. Park-gym*

Objetivo	Ejercitar el cuerpo.
Materiales	Maquinaria deportiva.
Duración	30 minutos
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y dos voluntarios.
Desarrollo	<p>Todos los asistentes se desplazarán paseando al parque más cercano donde se encuentre la maquinaria (figura 3). Allí cada usuario realizará actividad física, pues con dicha maquinaria se ejercitarán brazos, espalda y piernas. Cada persona utilizará una máquina durante 1 minuto y después irán rotando. El TAFAD los guiará para que realicen bien cada ejercicio y para finalizar estirarán. Después volverán andando al centro.</p>

Nota: Elaboración propia.

Figura 3

Máquinas de ejercicio



Nota: Elaboración propia.

Sesión 4

Se inicia la cuarta sesión, llevada a cabo el día 12 de septiembre, con un repaso grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la actividad física, y después se inicia una breve charla sobre los deportes que realizan el colectivo con DI. Por último, se lleva a cabo la actividad propuesta para ese día (tabla 8).

Tabla 8

Actividad 4. Juegos mundiales de Special Olympics

Objetivo	Ejercitar el cuerpo y conocer deporte practicado por el colectivo con DI a la vez que se fomenta la independencia deportiva.
Materiales	Balón de fútbol, bolos, bola y testimonios.
Duración	40 minutos
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y dos voluntarios.
Desarrollo	Los usuarios serán los encargados de llevar a cabo la organización de los deportes a realizar este día (fútbol, carrera de relevos y bolos), mientras el TAFAD y dos voluntarios los supervisan. Previo al desarrollo, se les explicará a los usuarios los deportes a realizar junto con sus normas, y se les proporcionará el material. Ellos deben decidir quién será el árbitro y el jurado, formarán dos equipos que competirán entre sí y anunciarán el ganador, ya que será el equipo que gane, al menos, dos de los tres deportes llevados a cabo. Todo esto se llevará a cabo en el centro.

Nota: Elaboración propia.

Sesión 5

La quinta sesión, llevada a cabo el día 14 de septiembre, se inicia con un repaso grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la actividad física y el deporte. Después se realiza la actividad propuesta para ese día (tabla 9) y, por último, la evaluación final para saber los conocimientos adquiridos sobre este tema (tabla 10).

Tabla 9

Actividad 5. Nintendo Wii

Objetivo	Ejercitar el cuerpo.
Materiales	Pantalla, Nintendo Wii y juego WII SPORTS.
Duración	30 minutos
Personal	El psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Para jugar a la WII, se realizarán dos equipos y competirá uno contra el otro. Los deportes serán del juego de <i>WII SPORTS</i> (bolos, beisbol, golf, boxeo y tenis) y se jugarán con el mando de la WII.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 10

Evaluación final de actividad física y deporte

Preguntas	Respuestas
¿Con qué frecuencia realizáis actividad física?	
¿Qué ejercicios o deporte practicáis?	
¿Crees que la calidad de vida mejora con la actividad física?	
¿Qué beneficios creéis que tiene hacer deporte?	
¿Sabéis que existen olimpiadas para personas con DI?	

Nota: Elaboración propia.

Una vez llevada a cabo la actividad y la evaluación, se reparte a cada usuario un diario en el que deben anotar la actividad física que llevan a cabo cada semana, como mínimo tienen

que cumplir con los objetivos preestablecidos que son 30 minutos durante tres días a la semana; un fisioterapeuta será el encargado de revisar dichos diarios una vez por semana. Con esto se pretende fomentar la actividad física, interiorizarla convirtiéndola en rutina.

Cabe destacar que, durante la realización de las actividades, el psicopedagogo, mediante la observación, rellenará una hoja de registro dónde apuntará la implicación y el progreso de cada usuario (anexo 5).

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN PARA EL COLECTIVO CON DI

Antes de proceder a explicar lo que se desarrollará en las cinco sesiones correspondientes a este apartado, en la tabla 11 se detalla su organización.

Tabla 11

Organización de la propuesta de intervención. Alimentación

Sesiones	Días	Meses	Horario	Actividades de la alimentación
1	16	Septiembre	10:00h-10:45h	Evaluación inicial, charla, pirámide alimenticia, plato nutricional y menú semanal casero.
2	19	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso, tema sobrepeso y “cargados y pesados”.
3	21	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso, elección de menú y excursión al supermercado
4	23	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso y taller de cocina
5	26	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso, TIC y evaluación final

Nota: Elaboración propia.

Sesión 1

En la primera sesión llevada a cabo el día 16 de septiembre, previo a la charla explicativa sobre la alimentación y sus actividades, se realiza una evaluación inicial de forma grupal. El fin de esta evaluación es averiguar los conocimientos que tiene el colectivo con DI sobre el tema de la alimentación saludable. Como aparece en la tabla 12, esta evaluación inicial consta de una serie de preguntas que los usuarios deberán responder.

Tabla 12*Evaluación inicial de alimentación*

Preguntas	Respuestas
¿Qué soléis comer durante la semana?	
¿Cuántas veces coméis al día? ¿Y a qué hora?	
¿Coméis verduras y frutas? ¿Sabéis que cantidad hay que comer de ambas?	
¿Sabéis qué pasa si coméis muchas chuches?	
¿Qué es la dieta Mediterránea?	

Nota: Elaboración propia.

Una vez realizada la evaluación inicial, durante 15 minutos, se realiza la charla sobre la importancia de una correcta alimentación, los beneficios que aporta y los problemas que ocasiona no tener una alimentación saludable. Para una correcta adquisición de estos conceptos, se les proporcionará una infografía (anexo 3). Después se desarrollan las actividades programadas para ese día (tablas 13,14 y 15).

Tabla 13*Actividad 1. Pirámide alimenticia*

Objetivo	Conocer los alimentos que se deben consumir con mayor o menor frecuencia.
Materiales	Proyector, lápiz, lápices de colores y folios.
Duración	10 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	El psicopedagogo explicará la frecuencia con la que se deben consumir los alimentos según la pirámide alimenticia de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (figura 4). A continuación, cada usuario realizará su pirámide alimenticia con su material correspondiente y empleando los alimentos que ellos suelen consumir.

Nota: Elaboración propia.

Figura 4

Pirámide alimenticia



Nota: Tomado de SENC, 2017. [https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/se-presentan-las-nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-espanola-elaboradas-por-la-senc-con-la-](https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/se-presentan-las-nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-espanola-elaboradas-por-la-senc-con-la)

Tabla 14

Actividad 2. Plato alimenticio

Objetivo	Crear platos con cantidades adecuadas de alimentos saludables.
Materiales	Proyector, lápiz, lienzo, pinturas y pinceles.
Duración	10 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	El psicopedagogo explica las proporciones ideales que debe tener un plato de comida, como explica López (2019) en la figura 5. A continuación, cada persona debe dibujar su plato en el lienzo y explicarlo a todos.

Nota: Elaboración propia.

Figura 5

Plato para comer sano



Nota: Tomado de “Paradigma de la alimentación saludable en educación primaria. ¿Nos estamos equivocando?” (p. 24), por López Gil, 2019, *EmásF. Revista Digital de Educación Física*, 10 (56).

Tabla 15

Actividad 3. Menú semanal casero

Objetivo	Crear platos saludables para cocinar en casa.
Materiales	Pirámide, lápiz.
Duración	10 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Se realizarán grupos de 3 personas y a cada grupo se le repartirá una pirámide alimenticia (anexo 4) a partir de la cual tienen que crear diferentes menús para llevar a cabo en casa de lunes a sábado. Para ello tendrán que prestar atención a la imagen ya que indicará con qué frecuencia se debe consumir cada alimento. Una vez terminados los menús, cada grupo lo expondrá a sus compañeros y entre todos corregirán sus propios menús.

Nota: Elaboración propia.

Esta actividad la tendrán que repetir semanalmente, anotando en su diario un menú diferente para realizarlo en casa. Será revisado por un voluntario del centro.

Sesión 2

Se inicia la segunda sesión, llevada a cabo el día 19 de septiembre, con un resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la alimentación saludable y después se realiza una charla explicativa de 15 minutos, sobre los problemas que conlleva el sobrepeso y la mala alimentación (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etcétera). A continuación, se realiza la actividad programada para ese día (tabla 16).

Tabla 16

Actividad 4. Cargados y pesados

Objetivos	Conocer las consecuencias que conlleva el sobrepeso.
Materiales	Proyector, pesas de diferentes kilogramos para brazos, piernas y tórax.
Duración	30 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	El psicopedagogo explica el sobreesfuerzo corporal y lo contraproducente que resulta para la salud el hecho de tener kilos de más. Para que los usuarios sean conscientes deben ponerse las pesas uno por uno y andar, trotar, agacharse, realizar acciones cotidianas como calzarse o ponerse un abrigo. Cada uno de ellos debe explicar cómo se ha sentido y cómo se sentiría si ese fuese su peso real.

Nota: Elaboración propia.

Sesión 3

En la tercera sesión llevada a cabo el día 21 de septiembre, previo a la realización de las actividades programadas para ese día (tablas 17 y 18), se realiza un breve resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la correcta alimentación y el sobrepeso.

Tabla 17*Actividad 5. Elección de menú*

Objetivo	Aprender a elaborar menús saludables.
Materiales	Proyector, folios y bolígrafos.
Duración	10 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	<p>El psicopedagogo creará dos platos principales y dos postres (figura 6); cada menú tiene un ingrediente erróneo.</p> <p>Se crearán dos grupos, uno para la realización de un plato principal y otro para hacer el postre.</p> <p>A la hora de llevar a cabo la actividad, a cada grupo se le reparten dos menús: dos de plato principal para el grupo al que le ha tocado realizar el plato principal, y dos menús de postre para el grupo al que le ha tocado realizar el postre.</p> <p>Como se ha mencionado anteriormente, cada menú tendrá un ingrediente erróneo que tiene que ser detectado y corregido por los usuarios de forma colectiva, pues han de participar todos.</p> <p>Los fallos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plato 1: alitas fritas y refresco. Las alitas podrían ser asadas y sustituir el refresco por agua. • Plato 2: tocino extra en el cocido y refresco. El cocido puede hacerse sin tocino o cambiándolo por un poco de carne magra, y agua en lugar de refresco. • Postre 1: leche condensada y azúcar glas en las tortitas de avena, en su lugar podría ser miel. • Postre 2: galletas recubiertas de chocolate y barquillos cubiertos de azúcar. Aquí las galletas podrían ser integrales y los barquillos sin estar recubiertos de azúcar.

Nota: Elaboración propia.

Figura 6

Menús

Plato principal 1

-Alas de pollo fritas con zanahoria en tiras y gazpacho sin pan.

-Refresco.

Plato principal 2

-Cocido de garbanzo con tocino extra y verduras y ensalada mixta.

-Refresco.

Postre 1

-Tortitas de avena con leche condensada, azúcar glas y fruta picada.

Postre 2

-Batido de chocolate con fresas y galletas recubiertas de chocolate y barquillos con azúcar.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 18

Actividad 6. Excursión supermercado

Objetivos	Aprender a comprar alimentos coherentemente.
Materiales	Dinero, procedente del centro, y nevera.
Duración	35 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y dos voluntarios.
Desarrollo	Todos los componentes del grupo se dirigen al supermercado más cercano, donde eligen los ingredientes necesarios para la elaboración de cada menú elegido en la actividad anterior. Posteriormente serán almacenados en las instalaciones del centro.

Nota: Elaboración propia.

Sesión 4

En la cuarta sesión llevada a cabo el día 23 de septiembre, antes de la realización de la actividad programada para ese día (tabla 19), se realiza un breve resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre la correcta alimentación y el sobrepeso.

Tabla 19*Actividad 7. Taller de cocina*

Objetivo	Aprender a cocinar alimentos saludables.
Materiales	Cocina, menaje y electrodomésticos de cocina y alimentos.
Duración	40 minutos.
Personal	Un psicopedagogo, un chef y dos voluntarios.
Desarrollo	Primero se realiza una organización en la cocina y, a continuación, empiezan a cocinar. Teniendo en cuenta los menús elegidos en la actividad 5, cada equipo realiza su plato correspondiente y, por último, se lo sirven a los demás usuarios y personal de trabajo del centro.

Nota: Elaboración propia.

Sesión 5

En la quinta sesión llevada a cabo el día 26 de septiembre, previo a la realización de la actividad programada para ese día (tabla 20), de forma grupal y para la evaluación procesual, se realiza un breve resumen sobre la correcta alimentación y el sobrepeso. Por último, se hace la evaluación final (tabla 21) para saber los conocimientos adquiridos sobre este bloque.

Tabla 20*Actividad 8. TIC*

Objetivo	Consolidar los conocimientos adquiridos.
Materiales	Ordenadores.
Duración	30 minutos.
Personal	El psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Por parejas, los usuarios usarán los ordenadores para realizar actividades relacionadas con la alimentación, procedentes de la página web: https://wordwall.net/es-ar/community/alimentacion-saludable

Nota: Elaboración propia.

Tabla 21*Evaluación final de alimentación*

Preguntas	Respuestas
¿Qué soléis comer durante la semana?	
¿Cuántas veces coméis al día? ¿Y a qué hora?	
¿Coméis verduras y frutas? ¿Sabéis cuanta cantidad hay que comer de ambas?	
¿Sabéis qué pasa si coméis muchas chuches?	
¿Qué es la dieta Mediterránea?	

Nota: Elaboración propia.

Cabe destacar que, durante la realización de las actividades, el psicopedagogo, mediante la observación, rellenará una hoja de registro dónde apuntará la implicación y el progreso de cada usuario (anexo 5).

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA RELAJACIÓN Y EL SUEÑO PARA EL COLECTIVO CON DI

Antes de proceder a explicar lo que se desarrollará en las cinco sesiones correspondientes a este apartado, en la tabla 22 se detalla su organización.

Tabla 22*Organización de la propuesta de intervención. Relajación y sueño*

Sesiones	Días	Meses	Horario	Actividades de la relajación y el sueño
1	28	Septiembre	10:00h-10:45h	Evaluación inicial, charla y ¿Qué sientes?
2	30	Septiembre	10:00h-10:45h	Repaso y respiración
3	3	Octubre	10:00h-10:45h	Repaso y relajación de Jacobson
4	5	Octubre	10:00h-10:45h	Repaso y Mindfulness para el colectivo con DI
5	7	Octubre	10:00h-10:45h	Repaso, estiramientos y evaluación final

Nota: Elaboración propia.

Sesión 1

En la primera sesión llevada a cabo el día 28 de septiembre, previo a la sesión 1, se realiza una evaluación inicial de forma grupal. El fin de esta evaluación es averiguar los conocimientos que tiene el colectivo con DI sobre el tema de la relajación y la calidad de sueño. Como aparece en la tabla 23, esta evaluación inicial consta de una serie de preguntas que los usuarios deberán responder.

Tabla 23

Evaluación inicial de relajación y sueño

Preguntas	Respuestas
¿Te agobias o molestas con frecuencia? De ser así, ¿qué sueles hacer en esas situaciones??	
¿Qué haces cuándo estás nervioso?	
¿Qué técnicas conoces para relajarte?	
¿Qué técnica te sirve para relajarte?	
¿Qué haces para dormir tranquilamente cuando tienes una emoción negativa?	

Nota: Elaboración propia.

Una vez realizada la evaluación inicial se procede a iniciar las actividades propuestas (tabla 24) para esta sesión, después de las cuales se realizará una charla sobre la importancia de controlar las emociones mediante la relajación.

Tabla 24*Actividad 1. ¿Qué sientes?*

Objetivo	Aprender a identificar las emociones.
Materiales	Proyector.
Duración	30 minutos.
Personal	El psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	<p>El psicopedagogo pregunta a los usuarios cómo se sienten y por qué, qué situaciones les frustran o les hacen felices y por qué. A continuación, se realizan en grupo las actividades <i>Emociones</i> de la página web <i>Educaplay</i> creadas por Daniela Cerquera Moreno.</p> <p>En la actividad 1 (figura 7) los usuarios deberán elegir la opción correcta y proponer, en voz alta, soluciones cuando sea necesario, mientras que en la actividad 2 (figura 8) deberán elegir la opción correcta para conseguir que la rana llegue a la orilla.</p>

Nota: Elaboración propia.

Figura 7*Actividad 1. Emociones*

Nota: Elaboración propia. <https://es.educaplay.com/recursos-educativos/11873329-emociones.html>

Figura 8*Actividad 2. Emociones*

Nota: Elaboración propia. <https://es.educaplay.com/recursos-educativos/11873499-emociones.html>

Sesión 2

En la segunda sesión llevada a cabo el día 30 de septiembre, antes de la realización de la actividad programada para ese día (tabla 25), se realiza un breve resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre las emociones y cómo controlarlas, además de expresar cómo se sienten y por qué, de este modo se tratarán las emociones en ese momento y se trabajarán desde ese momento.

Tabla 25*Actividad 2. Respiración*

Objetivo	Aprender a respirar para relajar.
Materiales	Colchonetas, globos, papel aluminio, bolígrafos, botellas de agua cortadas a la mita y llenas de agua, y cinco barcos pequeños de plástico ligero.
Duración	30 minutos.
Personal	Un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	<p>El psicopedagogo explica la importancia de adquirir una buena técnica de respiración para facilitar la relajación. A continuación, lleva a cabo varias actividades que implican su desarrollo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflar un globo: llenando bien los pulmones a través de la nariz cada usuario inflará un globo. • Inspirar por la nariz hasta llenar los pulmones de aire mientras que cuentan hasta diez, después el vientre, retener un par segundos y exhalar por la boca lentamente. • Inhalar por una fosa nasal, tapanla y exhalar por otra paulatinamente. • Carreras de barcos. Se cortarán dos botellas de 2 litros por la mitad y se llenarán de agua. Posteriormente, se pondrá un barquito y cuando el instructor dé la señal, los usuarios darán los soplidos necesarios hasta que cada barco llegue a su meta correspondiente. Importante vigilar que la respiración sea tranquila. • Carreras de soplos: soplar bolitas de papel aluminio, con un bolígrafo sin tinta, hasta cruzar la meta, que se sitúa a un metro del punto de partida. <p>En cada actividad habrá un voluntario supervisando su correcto desarrollo. Todos los usuarios deberán llevar a cabo todas las actividades, para ello, se realizarán turnos rotativos.</p>

Nota: Elaboración propia.

Sesión 3

Previo al desarrollo de la actividad propuesta para la tercera sesión llevada a cabo el día 3 de octubre (tabla 26), de forma grupal y para la evaluación procesual, se realiza un breve resumen sobre las emociones y las técnicas de respiración que ayudan a relajar, además de

expresar cómo se sienten y por qué; de este modo se tratarán y trabajarán las emociones en ese momento.

Tabla 26

Actividad 3. Relajación de Jacobson

Objetivo	Aprender a destensar y, por tanto, relajar el cuerpo.
Materiales	Colchonetas y música relajante.
Duración	30 minutos.
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Con música de fondo, el TAFAD indica a los usuarios que se recuesten en las colchonetas, que cierren los ojos y que tensionen las partes del cuerpo que él indique mientras que mantienen la respiración. Empezará por tensar y relajar distintas partes del cuerpo y, posteriormente, hará que tensen y relajen todo el cuerpo.

Nota: Elaboración propia.

Sesión 4

En la cuarta sesión llevada a cabo el día 5 de octubre, antes de la realización de la actividad programada para ese día (tabla 27), se realiza un breve resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre las emociones y las diferentes técnicas de relajación tratadas, además de expresar cómo se sienten y por qué; de este modo se tratarán y trabajarán las emociones en ese momento.

Tabla 27*Actividad 4. Mindfulness para el colectivo con DI*

Objetivo	Consolidar los conocimientos adquiridos.
Materiales	Colchonetas y altavoz.
Duración	30 minutos.
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Para la realización de esta actividad se necesitará un clima cómodo (silencio, oscuridad y temperatura agradable). El TAFAD pondrá sesiones de mindfulness que los usuarios tendrán que seguir en sus respectivas colchonetas. Los audios serán sacados de https://plenainclusionmadrid.org/recursos/mindfulness-comprensible/

Nota: Elaboración propia.

Sesión 5

En la quinta sesión llevada a cabo el día 7 de octubre, previo a la realización de la actividad programada para ese día (tabla 28), se realiza un breve resumen grupal, a modo de evaluación procesual, sobre las emociones y las diferentes técnicas de relajación tratadas, además de expresar cómo se sienten y por qué; de este modo se tratarán y trabajarán las emociones en ese momento. Por último, se hace la evaluación final (tabla 29) para saber los conocimientos adquiridos sobre este bloque.

Tabla 28*Actividad 5. Estiramientos*

Objetivo	Aprender a relajar el cuerpo mediante estiramientos.
Materiales	Colchoneta y música relajante.
Duración	30 minutos.
Personal	Un TAFAD, un psicopedagogo y un voluntario.
Desarrollo	Mientras escuchan música relajante, cada usuario se situará en su colchoneta y repetirá lo que el TAFAD realice, pues éste enseñará a estirar todas las partes del cuerpo (brazos, espalda, cuello, lumbares, piernas, etcétera) (figura 9).

Nota: Elaboración propia.

Figura 9

Estiramientos



Nota: Elaboración propia.

Tabla 29

Evaluación final de relajación y sueño

Preguntas	Respuestas
¿Te agobias o molestas con frecuencia? De ser así, ¿qué sueles hacer en esas situaciones?	
¿Qué haces cuándo estás nervioso?	
¿Qué técnicas conoces para relajarte?	
¿Qué técnica te sirve para relajarte?	
¿Qué haces para dormir tranquilamente cuando tienes una emoción negativa?	

Nota: Elaboración propia.

Cada usuario, en su diario, tendrá que escribir cómo se siente cada día, qué ocasiona ese sentimiento y si sabe solucionarlo en el caso de que afecte negativamente en su vida (alimentación, sueño, ansiedad, etcétera). Los viernes todos expondrán cómo se han sentido durante esa semana y qué técnicas han empleado para tranquilizarse, esto se realizará bajo la supervisión de un voluntario.

Cabe destacar que, durante la realización de las actividades, el psicopedagogo, mediante la observación, rellenará una hoja de registro dónde apuntará la implicación y el progreso de cada usuario (anexo 5).

EVALUACIÓN

Con el fin de conocer la acogida, el proceso y la adquisición de los conocimientos expuestos en esta propuesta de intervención, es necesario realizar evaluaciones iniciales, procesuales, finales y de seguimiento.

Las evaluaciones iniciales y finales de los apartados de actividad física y deporte, de alimentación y de relajación y sueño, se realizarán mediante preguntas que los usuarios deben responder de forma grupal; deberán participar todos. La evaluación inicial tiene como finalidad saber los conocimientos previos que tienen los usuarios, por ello se realiza antes de comenzar cada tema; mientras que la final se realiza al concluir cada apartado y tiene como finalidad saber los conocimientos adquiridos con el desarrollo de las sesiones.

El psicopedagogo realizará estas cuestiones y anotará quien ha respondido y qué ha dicho.

Para la evaluación procesual, el psicopedagogo deberá rellenar el registro de evaluación (anexo 5) de cada actividad, además de observar y tomar anotaciones a partir de los resúmenes de lo tratado en sesiones anteriores. Dichos resúmenes serán realizados de forma grupal, teniendo en cuenta la implicación y el progreso de los usuarios.

A modo de evaluación de seguimiento, el psicopedagogo, empleando la observación directa, vigilará si los usuarios han aprendido todos los contenidos mediante la práctica cotidiana de cada uno de los apartados tratados, y controlando los diarios aportados para que detallen sus hábitos saludables. Esto se realizará durante tres meses una vez acabadas las actividades.

Los resultados obtenidos en la realización de estas evaluaciones serán tenidos en cuenta para medir la eficacia de esta propuesta y mejorar futuras propuestas de intervención relacionadas con los hábitos de vida saludables en el colectivo con DI.

ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO, LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES

Esta propuesta de intervención tiene como finalidad concienciar al colectivo con DI sobre los beneficios que conlleva tener hábitos de vida saludable ya que, como se ha mencionado anteriormente, es un colectivo que padece problemas de peso por su mala alimentación, por la medicación que toman y por tener una vida sedentaria, sin olvidar sus dificultades de relajación y para dormir. Por ello, en esta propuesta de intervención se explican cada uno de estos apartados y, se propone el desarrollo de diversas actividades de forma lúdica, ya que mientras que se divierten aprenden; es interactiva, porque prima el dialogo entre todos; creativa y flexible, ya que con el desarrollo de distintas actividades se pretende conseguir los objetivos preestablecidos; y es procesual, porque ocasiona una modificación positiva en la conducta de cada usuario, y esto desencadena en una modificación colectiva, cambiando y mejorando los hábitos de vida saludable del gremio con DI y de su entorno, desencadenando en toda la sociedad.

Gracias a la colaboración del centro y a su aportación tanto de su material como de instalaciones, a la predisposición de los usuarios y a la motivación familiar, esta propuesta tendrá un resultado satisfactorio. Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de que algún usuario puede mostrarse reticente a comer de forma saludable o a tener una vida activa, por ello, el instructor tiene que adaptar la actividad o el contenido de tal forma que consiga volver a llamar la atención de dicho usuario.

El presente TFM contiene limitaciones y oportunidades detalladas a continuación.

LIMITACIONES

- A pesar de realizar las prácticas en el centro Plena Inclusión Mérida, no pude llevar a cabo el TFM porque estaba destinada en Atención Temprana, por lo tanto, sólo tenía acceso a menores desde meses de edad hasta los seis años, con distintas capacidades y problemas. Además, los menores siempre acudían de forma individual.
- Al no realizar la propuesta no se pudo evaluar ni saber los conocimientos previos que tiene cada usuario, del mismo modo se desconoce el alcance que tiene, por lo tanto, no se conocen las mejoras que podrían realizarse para mejorarla.
- Al estar en época Covid-19, la implicación de los familiares queda limitada dentro del centro.
- A causa de la enfermedad del Covid-19 la franja de edad para participar en esta

propuesta ha tenido que limitarse.

- Por el Covid-19 y el riesgo que implica con los usuarios, no se permite el acceso a voluntarios, con lo que se condiciona la realización de las actividades a cuando los trabajadores tengan libre y puedan acompañar a los usuarios al desarrollo de las actividades.

OPORTUNIDADES

- Esta propuesta se puede adaptar a distintas edades, así se promoverán los hábitos de vida saludables a todos los usuarios.
- Promover y concienciar sobre los hábitos de vida saludable tratados en esta propuesta y en este centro para los usuarios actuales y los futuros.
- Hacer partícipe a la familia de los usuarios para que sepan cómo trabajar estos conceptos y así sean capaces de incluirlos en todos los ámbitos de su vida.
- Esta propuesta permite ampliar las actividades de cada apartado para abarcar todo el año y así ayudar a que sea un acto cotidiano.
- Mediante la propuesta de intervención, al conseguir calidad de vida para cada usuario paralelamente se promueve su independencia y autonomía.
- Esta propuesta de intervención permite reforzar la socialización de las personas con DI, pues acciones como acudir a supermercados, a centros deportivos para realizar actividad física, inscribirse a programas de relajación o tener la posibilidad de formar parte de un equipo, hacen que este colectivo interactúe con el resto de población.
- Al adquirir hábitos saludables se produce una mejora en su autoconcepto pues mejora la imagen que tienen de sí mismo, incrementando su autoestima y trabajando positivamente sus emociones.

CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el máster de psicopedagogía se aprende a observar, identificar y solucionar las necesidades de cualquier persona o colectivo, por ello, este TFM se centra en resolver los problemas relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, la relajación y el descanso, que tiene el grupo de personas con DI debido a su medicación, al poco autocontrol que en ocasiones pueden tener en temas emocionales o alimentarios e incluso como resultado de la permisividad de sus padres o tutores legales.

Por todo esto, el motivo por el cual se ha creado esta propuesta de intervención psicopedagógica es para que el colectivo con discapacidad intelectual adquiriera hábitos de vida saludables. De esta forma, aprenden a comer sano, a ejercitar su cuerpo y a relajarse para poder descansar y de conseguir una salud óptima. Colateralmente el colectivo ganará independencia, un autoconcepto y una autoestima positiva. Con esta propuesta conseguirán sus objetivos preestablecidos y verán lo autosuficientes que pueden ser; del mismo modo, su autoconfianza se potenciará al poder realizar actividad física o deportes que nunca pensaron poder realizar. A esto hay que sumarle el aprendizaje adquirido en lo referente a comida, a actividad física y deportes variados y a técnicas de relajación para controlar sus emociones y poder descansar correctamente. Asimismo, se incitará la participación de familiares y especialistas, ya que además de supervisarlos y apoyarlos, se sumergirán en este ámbito pudiendo interiorizar dichos hábitos e impartiendo en otros campos, para hacer una sociedad sana y consciente.

Como conclusión personal, considero que esta propuesta es adecuada para trabajar estos temas saludables con este colectivo, ya que se enseñan conocimientos nuevos de forma teórica, basándose en la práctica y adaptándose al grado de DI y a las necesidades de cada usuario. Todo ello con el fin de facilitarles la adquisición de una vida sana, potenciando la socialización y, por tanto, la inclusión. Las sesiones de este TFM se han llevado a cabo después de investigar sobre esta discapacidad y sobre cómo afecta a las personas.

En lo referente a las recomendaciones, cabría recalcar que los temas que trabajan la salud de las personas deberían desarrollarse en un mayor periodo de tiempo, así se puede ver el progreso de forma detallada y se asegura una integración, de cada uno de los hábitos expuestos, en la vida de cada usuario. Del mismo modo es importante destacar que para llevar a cabo esta intervención a personas con mayor nivel de discapacidad intelectual se requiere de mucho más tiempo y un mayor número de personal para trabajar con cada usuario de forma

óptima.

Es importante tener en cuenta las alergias e intolerancias alimentarias, así como gustos y recursos de cada persona, sin olvidar la frustración que puede desencadenar la inicialmente inalcanzable relajación o las discapacidades motoras que pueden tener algunos usuarios. Por ello, es crucial conocer a fondo la situación de cada participante, para así, adaptarse a él o ella y solventar sus necesidades de tal forma que se penetre en ellos y se consiga un cambio positivo en sus hábitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca Barriga, H. H. (2021). Avances genómicos de la última década y su influencia en el enfoque diagnóstico de la discapacidad intelectual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84 (1), 33-50. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3936>
- Aguilar Mendoza, L. A., Caballero, S., Ormea, V., Salazar, G., Loayza, L. y Muñoz Jauregui, A. M. (2017). La importancia del sueño en el aprendizaje: visos desde la perspectiva de la neurociencia. *Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 25(2), 129-137. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.349>
- Alonso, D. (2018). Desarrollo de las habilidades motrices de las personas con discapacidad intelectual a través del proceso cognitivo. *ARTSEDUCA*, (19), 224-245. Recuperado a partir de <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/artseduca/article/view/2789>
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistema de apoyo*. (Trad. M. A. Verdugo Alonso). Alianza Editorial, S. A. (Trabajo original publicado en 2010).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5)*. Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arós, F. y Estruch, R. (2013). Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 66(10), <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.04.026>
- Barbany, J. R. (2011). *Alimentación para el deporte y la salud*. Editorial Piadrottribo.
- Batalla, A. (2000). *Habilidades motrices*. Editorial Inde.
- Casal de la Fuente, L. (2018). La didáctica de la relajación con personas adultas con discapacidad intelectual en un taller de cantoterapia. *Revista española sobre*

- discapacidad intelectual*, 49(4), 89-109 <https://doi.org/10.14201/scero201849489109>
- Collazo-Riobo, C., González-Santos, J., González-Bernal, J., Sánchez-Iglesias, A. I., Padilla-Góngora, D., Del Barrio, J. A. y Palmero-Cámara, C. (2017). Mindfulness en discapacidad intelectual. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychilogy*, 1(2), 137-146. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1115>
- Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. (2002). *Guía práctica para técnicos y cuidadores. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/955/L_NovellAls_inaR_SaludMentalAlteraciones_2003.pdf?sequence=1
- Esbensen, A. (2016). Problemas de sueño y sus comorbilidades asociadas en adultos con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down: vida adulta*, (22), 1-12. <https://www.sindromedownvidaadulto.org/no22-febrero-2016/articulos-no22/problemas-de-sueno-y-sus-comorbilidades-asociadas-en-los-adultos-con-sindrome-de-down/>
- Federación Española para personas con Discapacidad Intelectual. Deportes. (1993). <https://feddi.org/es/federacion/quienessomos.html#gsc.tab=0>
- Fernández-Bustos, J. G., y Abellán, J. (2018). Inclusión de los deportistas con discapacidad intelectual en federaciones unideportivas y su efecto en la participación en campeonatos nacionales. El caso del tenis de mesa. *Revista iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 71-77.
- Gómez, F. (2003). Desnutrición. *Salud pública de México*, 45(4), 576-582.
- Gómez Mármol, A., (2013). La relajación en niños: principales métodos de aplicación. *Revista digital de Educación Física*, (24), 35-43.

- Grondhuls, S. N. y Aman, M. G. (2014). Sobrepeso y obesidad en jóvenes con discapacidades del desarrollo: un llamado a la acción. *Revista de investigación sobre discapacidad intelectual*, 58(9), 787-799. <https://doi.org/10.1111/jir.12090>
- Hallberg, S. y Bandeira, D. (2021). Para Além do QI: Avaliação do Comportamento Adaptativo na Deficiência Intelectual. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 361-368. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2003.19733.10>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020, 31 de diciembre). *Base estatal de personas con discapacidad*. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm
- Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. (Traducción de Irrazábal, M., Martín, A., Prieto-Tagle, F. y Fuertes, O.) *En Rey, Joseph. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-28. http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/TRASTORNOYDIFICULTADESD EAPRENDIZAJE/document/PDF/Trastornos_del_aprendizaje/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf
- López Gil, J. F., (2019). El paradigma de la alimentación saludable en educación primaria. ¿Nos estamos equivocando? *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, (56) 13-29.
- Márquez-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L. y Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 443-449. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31278>
- Martino, R. y Barrera, L. (2003). *El niño discapacitado*. Editorial Nobuco.
- Ministerio de Cultura y Deporte. (2021). *Estadística del deporte federado*. <https://www.culturaydeporte.gob.es/dam/jcr:6b7e9a1a-e3e5-4b45-8ae5->

[6f187b50235f/estadistica-de-deporte-federado.pdf](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity)

Olza Meneses, J. y Gil Hernández, A. (2015). La obesidad. *Mediterráneo económico*, (27), 225-237.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2013). La dieta mediterránea. <https://ich.unesco.org/es/RL/la-dieta-mediterranea-00884>

Organización Mundial de la Salud (2020, 26 de noviembre). *Actividad Física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud (2018, 31 de agosto). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud (CIF)*. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Mundial de Enfermedades (CIE-11). *Trastornos del Desarrollo Intelectual*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1074941350>

Organización Mundial de la Salud (2021, 9 de junio). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Portuondo Sao, M. (2004). Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400006&script=sci_arttext&tlng=en

Real Academia Española. (s.f.). Deporte. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 25 de mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/deporte>

Real Academia Española. (s.f.). Discapacidad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 20 de mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/discapacidad>

Real Academia Española. (s.f.). Psicopedagogía. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 20 de mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/psicopedagog%C3%ADa>

Sanhueza, T., Rojas, S. y Nuñez, M. (2017). *Metodologías activo-participativa/ABP*. [https://metodologiasap.blogspot.com/2017/03/que-es-una-metodologia-activo.html#:~:text=La%20metodolog%C3%ADa%20activo%20participativa%20es,1a%](https://metodologiasap.blogspot.com/2017/03/que-es-una-metodologia-activo.html#:~:text=La%20metodolog%C3%ADa%20activo%20participativa%20es,1a%20)

San Mauro, I., García de Angulo, B., Onrubia, J., Pina, D., Fortúnez, E., Villacorta, P., Sanz, C., Galdine, P., Bonilla, M. A. y Garicano Vilar, E. (2016). Nutrición y actividad física en personas con discapacidad intelectual. *Revista chilena de nutrición*, 43 (3), 263-270. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000300005>

San Mauro-Martín, I., Onrubia-González De la Aleja, J., Garicano-Vilar, E., Cadenato-Ruiz, C., Hernández-Villa, I., Rodríguez-Alonso, P., Pina-Ordúñez, D., Fortúnez-Garrido, E., Villacorta-Pérez, P., Sanz-Guisado, C., Galdine-Martín, P., Bonilla-Navarro, M. A., Figueroa-Borque, M., García de Angulo-García de Arbolea, B. (2016). Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual. *Revista Chilena de Nutrición*, 43 (3), 493-501. https://www.researchgate.net/publication/307528313_Nutricion_y_actividad_fisica_en_personas_con_discapacidad_intelectual

Sanz, D. y Reina, R. (2021). *Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad*. Editorial Paidotribo.

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. (2017, 30 de marzo). *Pirámide alimentación*

saludable. [https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/se-presentan-las-nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-espanola-elaboradas-por-la-senc-con-la-](https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/se-presentan-las-nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-espanola-elaboradas-por-la-senc-con-la)

Soria Guerra, F., Tárraga Marcos, M. L., Madrona Marcos, F., Romero de Ávila, M. y Tárraga López, P. J. (2021). Uso de técnicas alternativas de relajación como terapia al dolor crónico. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(10), 1308-1321. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4063>

Soto-Lagos, R. (2018). Deporte, Prácticas Corporales, vida saludable y buen vivir: Un Análisis crítico para una nueva praxis. *The Journal of the Latin American Socio-cultural Studies of Sport (ALESDE)*, 9(1), 29-44. https://www.researchgate.net/publication/327652335_DEPORTE_PRACTICAS_CORPORALES_VIDA_SALUDABLE_Y_BUEN_VIVIR_UN_ANALISIS_CRITICO_PARA_UNA_NUEVA_PRAXIS

Torres Campos, E., Ortiz Guadalupe, L. E., Carmenate Figueredo, Y. O., y Toledo Sánchez, M. (2021). Estimulación motriz en niños con discapacidad intelectual. *Universidad y Sociedad*, 13(4), 378-388. Recuperado a partir de <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2177>

Urrea Cuéllar, Á. M., y Barbosa Granados, S. H. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 141-160.

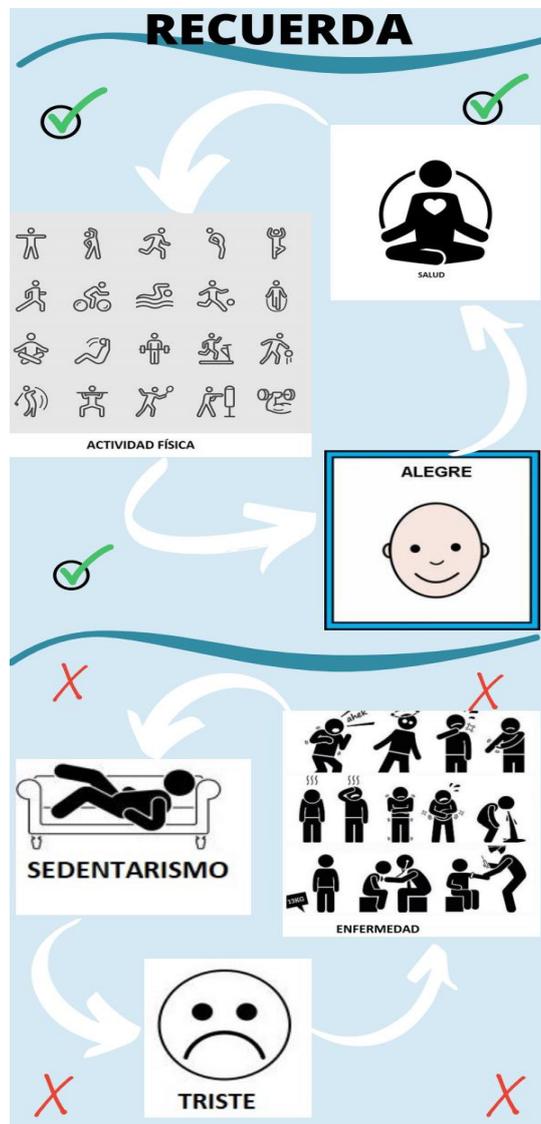
Verdugo Alonso, M. A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental*. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3050>

Ward, F., Nanjappa, M., Hinder, A. J., Roy, M. (2015). Use of melatonin for sleep disturbance in a large intellectual disability psychiatry service. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(3), 182-187.

<https://doi.org/10.1179/2047387714Y.0000000051>

ANEXOS

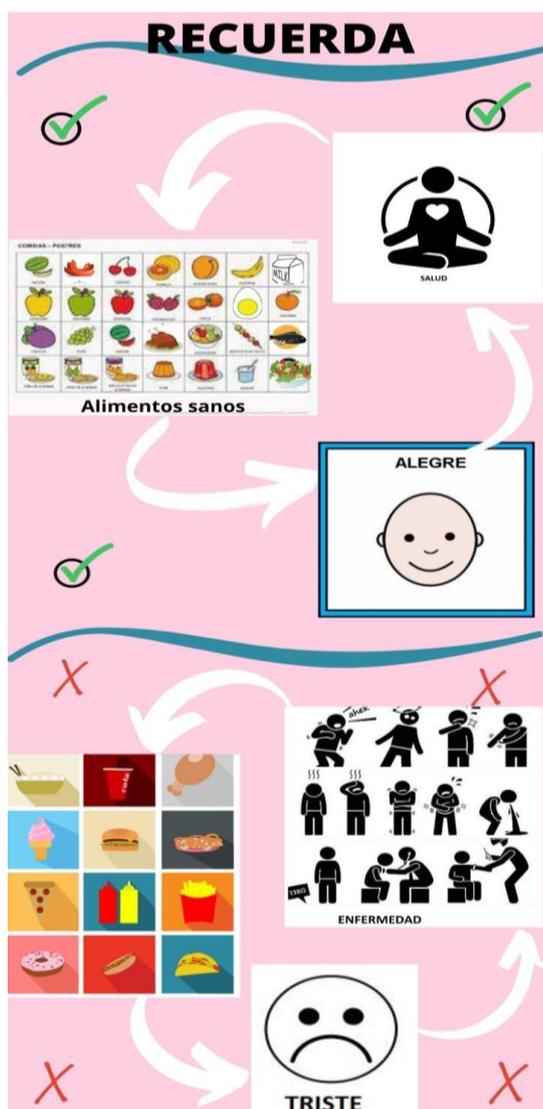
ANEXO 1. INFOGRAFÍA ACTIVIDAD FÍSICA



ANEXO 2. CALENDARIO ACTIVIDAD FÍSICA

SEPTIEMBRE						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
			1	2	3	4
 5	6	 7	8	 9	10	11
 12	13	 14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

ANEXO 3. INFOGRAFÍA ALIMENTACIÓN



ANEXO 4. PIRÁMIDE ALIMENTACIÓN SALUDABLE



ANEXO 5. REGISTRO DE EVALUACIÓN

Registro de evaluación. Actividad _____

Usuario	Actitud	Participación	Progreso	Observaciones
---------	---------	---------------	----------	---------------

Conclusión
general