
DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA Y CONDICIÓN FÍSICA ENTRE CENTROS OCUPACIONALES Y CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Carmen Gutierrez Cruz

Profesora del Departamento de Educación Física, Deportes y Movimiento Humano, Facultad de Formación del Profesorado y Educación, Universidad Autónoma de Madrid

Andres roman espinaco

Coordinador RDP, Fundación Purísima Concepción, Hermanas Hospitalarias, Granada

Saray Muñoz Lopez

Terapeuta Ocupacional RDP, Fundación Purísima Concepción, Hermanas Hospitalarias, Granada

Resumen

El objetivo principal de este estudio ha sido evaluar la calidad de vida, la condición física y la composición corporal de individuos con discapacidad intelectual (DI) leve y moderada, usuarios de Centros Ocupacionales (AO) y Centros Residenciales (RC). Como objetivo complementario, se evaluó el efecto del género como factor subyacente. Un total de 76 personas con discapacidades leves y moderadas participaron en el estudio. Fueron

asignados aleatoriamente, con 38 en el grupo RC (19 mujeres) y 38 en el grupo OC (19 mujeres). Se utilizó la escala GENCAT para evaluar la calidad de vida, se utilizó un sistema InBody-230 para obtener datos de composición corporal y se utilizó un dinamómetro electromecánico funcional (FEMD) para los registros de fuerza. El grupo OC mostró un mejor desempeño en el índice de calidad de vida ($p < 0.001$) y la fuerza dinámica del brazo ($p < 0.02$) en comparación con el grupo RC, probablemente debido a los beneficios proporcionados por entornos más inclusivos

y una mayor coordinación y resistencia muscular. No hubo diferencias significativas en los parámetros asociados con la composición corporal y la fuerza estática. Las mujeres tenían menos fuerza estática y dinámica que los hombres ($p < 0,001$), independientemente del grupo al que pertenecieran. El porcentaje de masa muscular esquelética fue mayor en los hombres ($p < 0,001$), mientras que el porcentaje de masa grasa fue mayor en las mujeres ($p < 0,001$). Estos resultados sugieren la necesidad de incorporar actividades cognitivas y programas de habilidades sociales en los CR que promuevan iniciativas personales, además de aumentar la frecuencia e intensidad de los programas de actividad física.

Palabras Clave: Discapacidad intelectual, adultos, fuerza estática, fuerza dinámica, composición corporal.

Abstract

The main objective of this study has been to evaluate the quality of life, physical condition, and body composition of individuals with mild and moderate intellectual disabilities (ID), who are users of Occupational Centers (OCs) and Residential Centers (RCs). As a complementary objective, the effect of gender as an underlying factor was evaluated. A total of 76 individuals with mild and moderate disabilities participated in the study. They were randomly assigned, with 38 in the RC group (19 women) and 38 in the OC group (19 women). The GENCAT scale was used to assess quality of life, an InBody-230 system

was used to obtain body composition data, and a functional electromechanical dynamometer (FEMD) was used for strength records. The OC group showed better performance in the quality of life index ($p < 0.001$) and dynamic arm strength ($p < 0.02$) compared to the RC group, likely due to the benefits provided by more inclusive environments and greater muscle coordination and endurance. There were no significant differences in parameters associated with body composition and static strength. Women had less static and dynamic strength than men ($p < 0.001$), regardless of the group they belonged to. The percentage of skeletal muscle mass was higher in men ($p < 0.001$), while the percentage of fat mass was higher in women ($p < 0.001$). These results suggest the need to incorporate cognitive activities and social skills programs into RCs that promote personal initiatives, in addition to increasing the frequency and intensity of physical activity programs.

Keywords: Intellectual disability, adults, static strength, dynamic strength, body composition.

Introducción

El término discapacidad intelectual (DI) se asocia a un deterioro temprano de carácter multidimensional que afecta tanto al desarrollo cognitivo como al motor ¹. Su origen tiene muy diversas causas, tanto genéticos como ambientales, dando como resultado una población muy heterogénea. Se trata de unas limitaciones importantes en el funcionamiento adaptativo que condicionan sus capacidades para las actividades de la vida diaria y tienden a reducir sus niveles de condición física ²⁻⁴. Se ha reportado que sólo un 9% de los adultos con DI alcanzaron las pautas mínimas de 150 minutos de actividad física moderada a vigorosa por semana ⁵ y que sólo un escaso porcentaje participa en actividades deportivas y recreativas organizadas ⁶. Esta actitud sedentaria les provoca un envejecimiento prematuro y les expone a padecer enfermedades crónicas como osteoporosis, obesidad o hipertensión y, en consecuencia, reduce su calidad de vida con respecto a sus pares sin DI. ⁷⁻¹⁰

Las consideraciones expuestas sugieren la necesidad de activar planes de actuación orientados a mejorar la condición física de las personas con DI. Sin embargo, este colectivo se encuentra habitualmente con barreras personales y ambientales para acceder a la actividad física, siendo los entornos de convivencia uno de los factores ambientales que caracteriza las dificultades de acceso al ejercicio físico ¹¹. En las sociedades avanzadas, los adultos con DI tienen a su disposición servicios asistenciales donde se les proporcionan una atención basada en el desarrollo

personal, integración social y rehabilitación. Según los niveles de dependencia, condiciones sociales y situación familiar, las personas adultas con DI pueden acceder a dos modalidades básicas de servicios de asistencia integral: *i) Centros Residenciales (CR)* donde se ofrece alojamiento y manutención, además de terapias ocupacionales en forma de talleres como medio de rehabilitación e integración para la vida social y laboral y *ii) Centros de Ocupacionales (CO)* de atención diurna donde se fomenta el desarrollo personal, la integración social y control de las conductas para acceder al mercado laboral en un entorno de convivencia más inclusivo. Probablemente debido a una interpretación errónea sobre el alcance que tiene el concepto rehabilitador para estos colectivos, la legislación actual no contempla la necesidad de que estos Centros tengan la infraestructura ni el personal especializado para facilitar el desarrollo de su condición física (Orden de 1 de julio de 1997).

Son escasas y contradictorias las publicaciones donde se evalúan los efectos que tienen los entornos de convivencia sobre los niveles de condición física y calidad de vida en personas con DI. Así, otros estudios ¹²⁻¹⁴ han reportado que los adultos con discapacidad intelectual leve y moderada que viven CR tienen niveles más bajos de condición física y calidad de vida que los alcanzados por sus iguales que participan de modalidades de convivencia más inclusivas (condiciones similares a las condiciones en CO). Por su parte, otros estudios ¹⁵ han informado que las personas con discapacidad intelectual que viven en entornos de convivencia más independientes son menos activas físicamente en compa-