

La intervención del psicólogo/a del ejercicio y el deporte en la mejora de la salud y la calidad de vida en poblaciones especiales

Félix GUILLÉN GARCÍA

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

M^a Carmen SÁNCHEZ GOMBAU

UNED

Resumen

Poco a poco, la psicología de la actividad física y el deporte se ha convertido en una salida interesante para los profesionales de la psicología. A los campos tradicionales de intervención (alto rendimiento, iniciación deportiva o entrenamiento psicológico), se han añadido en los últimos años otros como el vinculado a la salud y calidad de vida y el vinculado a poblaciones con necesidades especiales. Nuestro objetivo es analizar el papel del psicólogo del deporte y también sus perspectivas en el ámbito de la salud y calidad de vida de personas con necesidades especiales.

Palabras clave: psicólogo/a del ejercicio y el deporte, salud, calidad de vida, personas con necesidades especiales.

Abstract

The psychology of physical activity and sport has gradually become an interesting option for psychology professionals. Apart from the traditional areas of intervention (high performance, sport initiation and psychological training), in the last few years, new areas related with health and life quality and special needs collectives have been added. It is the combination of these two areas what this paper studies. Our aim is to analyze the role of the sport psychologist and his/her opportunities to act in the area of health and life quality for special needs people.

Key words: Exercise and sport Psychologist, Health, Quality of Life, People with Special Needs.

Dirección de los autores: Facultad de Formación del Profesorado. C/. Santa Juana de Arco, 1. 35004. Las Palmas de Gran Canaria. *Correo electrónico:* fguillen@dps.ulpgc.es

Recibido: junio de 2010. *Aceptado:* septiembre de 2010.

En las dos últimas décadas y especialmente en los últimos años, el ejercicio físico y el deporte han resurgido como fenómeno social y como fórmula para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, por lo que las estrategias de gestión utilizadas en el pasado deben cambiar en consonancia con la situación actual.

Algunos de los factores que nos pueden ayudar a entender este gran crecimiento podrían ser la escasa actividad física que se realiza actualmente (García Ferrando y Lagardera, 2009), debido al estilo de vida de nuestra sociedad, a las características del trabajo y a la mejora y facilidad de los medios de transporte que hacen del deporte una alternativa atractiva (Martínez-Tur, Tordera y Peiró, 2001).

Paralelamente, los cambios surgidos en las actitudes y valores de la población, que tienen que ver con una mayor preocupación por la salud, la apariencia física y las actividades relacionadas con el tiempo libre, resultan sumamente esclarecedores de ese incipiente interés por el ejercicio (Guillén, Castro y Guillén, 1997).

Poblaciones con necesidades especiales

Uno de estos sectores de la población lo componen las personas con necesidades especiales, ellos también están empezando a incorporar la actividad física como una herramienta más en la mejora de su salud y su calidad de vida. Nos referimos a personas que se caracterizan por algún tipo de discapacidad, personas con trastornos de alimentación, con problemas cardiovasculares, fibromialgia, diabetes,... (Guillén y Santana, 2006).

Se estima que en España sólo el número de personas que presentan algún tipo de discapacidad (física, psíquica, sensorial,...)

es de 3.847.900, representando el 8,5% de la población (INE, 2008).

En este artículo, se pretende analizar el papel que el psicólogo/a del ejercicio y el deporte puede desarrollar en las diferentes áreas de intervención.

Intervención en poblaciones con necesidades especiales a través del ejercicio y el deporte

Al trabajar con este tipo de poblaciones, y siguiendo el planteamiento de Garcés de los Fayos y Vives (2006), el primer paso debe consistir en entender los motivos que llevan a las personas a practicar actividad física y deporte. Estos motivos deben ser analizados cuidadosamente para poder diseñar actuaciones y ofrecer los servicios adecuados relacionados con la actividad física que den respuesta a esas *nuevas necesidades* de la población.

Roles del psicólogo en intervención en poblaciones con necesidades especiales

En su labor de intervención, el psicólogo del deporte puede ejercer tres roles:

- a) *Consultor/a* de los practicantes de actividad física y del profesorado que interactúa con las distintas poblaciones. Esta función está encaminada, por un lado, a asesorar a las personas pertenecientes a estos grupos sobre los beneficios que proporcionaría el ejercicio tanto desde un punto de vista físico como psicológico; igualmente, orienta sobre las características del ejercicio recomendado en función de las necesidades específicas que presenten. Por otro lado, estaría el asesoramiento a profesores sobre las características de la población específica a

la que se dedicarán, el tipo de ejercicio más adecuado y las características que debe poseer ese ejercicio, las condiciones en que se debe realizar, etc.

- b) *Formador/a* de técnicos de actividad física o deportiva con las distintas poblaciones específicas. También estaría la formación a profesores sobre las características de la población específica a la que se dedicarán, el tipo de ejercicio más recomendable y las características que debe poseer ese ejercicio, las condiciones en que se debe realizar, etc.
- c) *Investigador/a* en los ámbitos de actividad física en las poblaciones objeto de estudio. Otra de las funciones consiste en estudiar cada una de las poblaciones atendiendo a los diferentes deportes o actividades físico-deportivas. Indudablemente, con un mayor conocimiento de las mismas, se amplían los horizontes de intervención y también su eficacia.

La labor del psicólogo requiere de una actuación conjunta con otros profesionales a través de la creación de equipos multidisciplinarios. Estos equipos básicamente estarán compuestos, además de por los psicólogos, por médicos, fisioterapeutas y técnicos deportivos. Los servicios se pueden prestar a través de centros privados de salud, empresas privadas o administraciones públicas que atiendan actividades físicas terapéuticas o rehabilitadoras.

Razones del ejercicio en la mejora de la salud y la calidad de vida

Aunque los beneficios de la actividad física resultan evidentes, no todas las personas responden de igual manera ante ellos (*US Department of Health and Human Service, 2002*), por tanto, debemos conocer

las razones que llevan a cada colectivo e individuo a practicar actividad física. Según Garcés de los Fayos y Vives (2006), los principales motivos para estas personas pueden ser cuatro: (a) sobrevivir; (b) mantener su independencia; (c) mejorar las relaciones sociales y familiares que se asocian con su enfermedad, y (d) mejorar otros planos vitales relacionados con la salud. Por tanto, será importante para los psicólogos del deporte analizar estos motivos en profundidad para poder ofrecer un producto de calidad al mercado y mejorar así la oferta que hasta ahora han ofrecido las distintas entidades deportivas.

La siguiente pregunta que se tendría que hacer un psicólogo es ¿quién es nuestra población diana a la hora de planificar programas de intervención? Los colectivos susceptibles de participar en programas de actividad física son numerosos. Tenemos aquellos conformados por personas con diferentes enfermedades físicas como problemas de carácter cardiovascular (De Pablo, Del Río, García Porrero, Boraita, y Stachurska, 2008), con fibromialgia (Leite, Valim-Rogatto y Rogatto, 2009), diabetes (Caballero y Hernández García, 2007), trastornos alimentarios (Davis, 2007) o los colectivos que incluyen a personas con enfermedades mentales (Carless y Douglas, 2008) o con algún tipo de discapacidad (Giacobbi, Stancil, Hardin, y Bryant, 2008; Hanna, 1986).

Intervención en personas con enfermedades o trastornos físicos

Personas con problemas cardiovasculares

Las personas afectadas buscan, a través de la actividad física, la mejora de su salud no sólo física, sino también psicológica. Los

beneficios de la práctica regular de actividad física en esta población son los que a continuación destacamos. En primer lugar, la actividad física fortalece el corazón, dotando a la persona de mayor resistencia y mejor forma física, puesto que un corazón entrenado desarrollará su fuerza de contracción mediante el aumento de volumen (Fagard, 1996). Al favorecer el desarrollo de las arterias, descienden entonces las probabilidades de que el paciente sufra una angina de pecho o un infarto de miocardio -enfermedades coronarias- (Callahan, *et al.*, 1989), ya que estos acontecen cuando se produce una obstrucción parcial o total de una de las arterias que irrigan el corazón. En segundo lugar, la actividad física ayuda a la disminución de grasas y lípidos en la sangre, evitando su acumulación en las arterias y, por tanto, el riesgo de obstrucción de las mismas (Larson-Meyer, Redman, Heilbronn, Martin, y Ravussin, 2010). Por último, la actividad física ayuda a los hipertensos a mantener la tensión arterial en los niveles recomendados (Sharman, y Stowasser, 2009).

Estos beneficios los obtendrán tanto mediante un ejercicio de intensidad elevada (85% de la frecuencia cardíaca máxima), como mediante un ejercicio de intensidad media (45% de la frecuencia cardíaca máxima); el ejercicio de intensidad elevada produce beneficios de forma inmediata y el de intensidad media los produce a medio plazo.

Para el diseño de un programa de estas características, un psicólogo debe considerar obligatoriamente los siguientes aspectos: (a) el ejercicio estará indicado siempre que se pueda y sea beneficioso; (b) el programa de entrenamiento debe ser individual; (c) el paciente debe estar instruido en el conocimiento de los signos de alarma, y (d) el ejercicio debe comenzar a baja intensidad incrementándose poco a poco.

Hay que tener en cuenta que los beneficios de la actividad física no tienen lugar sólo a nivel fisiológico, sino también en el aspecto psicológico, ya que los pacientes experimentan una disminución de sus sentimientos de incapacidad y un aumento de la autoestima (Guillén y Sánchez, 2003). De esta manera, el enfermo cardíaco alcanza la aceptación de su condición como tal y, en consecuencia, se reduce el riesgo de que padezca una depresión.

Personas con arterioesclerosis

Las personas con arterioesclerosis se caracterizan por padecer una degeneración de la pared arterial asociada a una menor perfusión y aporte de oxígeno a todo el organismo y sobre todo al corazón, cerebro y miembros inferiores.

Un programa de actividad física adecuado orientado al entrenamiento de la resistencia retrasa el desarrollo de la arterioesclerosis, mejorando el aporte de oxígeno a todos los tejidos. Todos los cambios sobre la cadena del oxígeno repercuten positivamente sobre el organismo, manteniendo una edad biológica menor, previniendo las enfermedades crónicas o posponiéndolas en el tiempo y atenuando los síntomas una vez que han aparecido. Además, el ejercicio contribuye a disminuir los hábitos de riesgo para las personas con arterioesclerosis, como el tabaco, el alcohol y el sobrepeso.

Personas con diabetes

La diabetes es una alteración del uso de la glucosa por los tejidos debido a una insuficiente actividad de la insulina o a la ausencia total de la misma. Puede afectar a múltiples órganos y sistemas.

Entre el 5 y el 10% de españoles ha sido diagnosticado con diabetes. Esta variación en la cifra depende de los estudios consultados. En la última Encuesta Nacional de salud del año 2001, un 5,6% de la población, padecía diabetes, la cifra alcanzaba el 16% en los mayores de 65 años; en cambio en la encuesta del año 1993 se declaraba afectado por la diabetes sólo el 4,1% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003). Estos datos supondrían aproximadamente que unas dos millones y medio de personas son diabéticos.

De entre los eslabones terapéuticos, dieta, fármacos y ejercicio, este último resulta clave como tratamiento en la diabetes insulino-dependiente y también desde el punto de vista preventivo en la diabetes no insulino-dependiente.

Personas con obesidad

Consideramos personas con obesidad aquellas cuya excesiva acumulación de tejido adiposo se traduce en un aumento de peso por encima de los límites recomendados. La acumulación excesiva de grasas en el organismo se produce cuando la ingesta calórica es alta y/o el gasto calórico es bajo, resultando un balance energético positivo. La ingesta inadecuada y el sedentarismo son, al margen de aspectos metabólicos, los factores que dan lugar al exceso de grasa/peso en la persona.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, la frecuencia de obesidad en nuestro país es semejante en hombres y en mujeres (13,2 y 13,1% respectivamente) y presentó un aumento medio de tres puntos en la última década, siendo la cifra ligeramente superior en las mujeres.

Hasta hace relativamente poco tiempo, casi ningún programa incluía los patrones

de actividad física diaria para perder peso, pero distintos trabajos (Dionne, Alméras, Bouchard, y Tremblay, 2000; Lowry, Galuska, Fulton, Wechsler, y Kann, 2002) han demostrado que el ejercicio cotidiano y estructurado facilita la pérdida de peso en niños/adolescentes. Incluso el ejercicio no estructurado, como subir y bajar escaleras o ir en bicicleta, tiene mejores resultados en los cambios a largo plazo, ya que no presenta los problemas de adherencia y cumplimiento. La práctica deportiva resulta eficaz por las diversas razones. Ayuda a controlar el apetito; a quemar calorías; a contrarrestar las enfermedades producidas por la obesidad como el aumento de colesterol, el aumento de presión sanguínea, etc.; a preservar la musculatura corporal; a incrementar la tasa metabólica; y, por último, a proporcionar autoconfianza para seguir una dieta.

También será importante que en el momento de colaborar en el diseño de los programas de actividad física para población obesa tengamos en cuenta las características de este grupo: la sobrecarga de peso que tienen les obliga a realizar un sobreesfuerzo continuo (con el consiguiente riesgo debido a la hipertensión arterial, taquicardias e hipertrofia cardíaca); su baja capacidad aeróbica, que conlleva dificultad en las pruebas de resistencia; tienen dificultades en el aparato locomotor; padecen una disminución de su capacidad física de trabajo y de su aptitud física, que afecta especialmente a la agilidad; suelen estar más cansados que una persona no obesa; más fuerza y potencia muscular; mayor rapidez de reflejos.

A modo de ejemplo, indicar que la actividad física y el deporte especialmente recomendados para esta población son: natación (se mueven con facilidad, pueden hacer largas distancias sin cronómetro), lanzamientos, especialmente disco y marti-

llo (a partir de los doce años), halterofilia, judo(fuerza, rapidez y destreza, sin muchos desplazamientos), waterpolo (incluye la fuerza), hockey, rugby y vela.

Uno de los campos de intervención que actualmente es más prioritario es el de la obesidad infanto-juvenil, dadas las consecuencias para la salud de estas personas cuando sean adultas. A la hora de diseñar los programas de intervención, los psicólogos tendremos en cuenta tres objetivos:

- a) Producir una reducción significativa del peso del niño, idealmente hasta que éste no sea obeso o, al menos, alcance un peso que no exceda el 20% establecido en función de su edad y altura.
- b) Enseñar y promover hábitos alimentarios y sobretodo patrones de actividad física adecuados que permitan al niño mantener su peso relativo bajo, a la vez que conserva una nutrición correcta para su crecimiento y desarrollo.
- c) Elaborar programas que resulten motivadores y divertidos a los niños para que provoquen su adherencia al ejercicio.

Intervención en personas mayores

Los datos del Avance del Padrón Municipal de Habitantes del de enero de 2008 presentaban una cifra de población de 65 y más años, de más de 7.500.000 de personas. La relevancia tanto cuantitativa como cualitativamente hablando hace de este un colectivo muy importante.

Las personas de este sector poblacional se caracterizan por una disminución en sus capacidades a medida que decae su actividad física diaria. Gran parte de este deterioro físico, cognitivo y psicológico se puede corregir en gran medida mediante programas de ejercicios sencillos (Guillén, 1996).

Los objetivos generales de los programas de actividad física orientados a personas mayores se han de centrar en que conozcan e interioricen formas de comportamientos psicomotores que repercutan en nuevas formas de actuar. Además, el diseño de programas de actividad física para personas mayores deberá tener cuatro objetivos básicos: prevención, mantenimiento, rehabilitación y recreación. Para ello, será importante hacer incidencia en que los participantes acepten la importancia de la actividad psicomotora para el mantenimiento y el desarrollo de habilidades físicas. Igualmente, resulta sumamente necesario conocer la relevancia de los aspectos psicológicos en este estadio. En este sentido, se recomienda fomentar las actitudes positivas hacia la vejez y sus capacidades, con el fin de que aumente el conocimiento de sí mismo (autoconcepto) y los aspectos positivos de su personalidad (autoestima); crear nuevas habilidades de comunicación que mejoren las relaciones interpersonales y grupales y, por último, potenciar la autonomía y la iniciativa personal propia de esta etapa de desarrollo (Remor, y Lima, 2009).

El propósito, como psicólogos, al contribuir a elaborar programas de actividad física para personas mayores, teniendo en cuenta los objetivos propuestos, sería fundamentalmente la prevención y mantenimiento de las características psicológicas, se orientará hacia actividades que obliguen al participante a estar atento, a memorizar movimientos o a relacionarse con los otros, y por tanto les produzca beneficios (Gázquez, Martí, Roura, y Capdevila, 1992). Se trabajará, por ejemplo, la memoria mediante actividades de imitación como la reproducción de dos o más posiciones corporales los movimientos realizados anteriormente por otros compañeros.

El trabajo que vamos a realizar con las personas mayores, teniendo en cuenta los aspectos enumerados, incidirá positivamente en cuestiones muy importantes, como la capacidad de adaptación, la seguridad y confianza en uno mismo, la autoestima o la sensación de bienestar.

Los programas de actividad física mediados psicológicamente, aparte de ofrecer beneficios físicos a las personas mayores, como la disminución de la rigidez articular o la mejora de la coordinación neuromuscular, también aportan beneficios psicológicos relevantes y un sentimiento de satisfacción con la vida (Barriopedro, Eraña, y Mallol, 2001).

Intervención en personas con discapacidades

Cuando hablamos de personas con necesidades especiales, nos referimos fundamentalmente a personas que presentan deficiencias físicas, psíquicas y/o sensoriales (Guillén, 2003).

El objetivo final de los programas de intervención para personas con necesidades especiales a través de la realización de actividad física o deporte es procurarles bienestar físico y psicológico y la mejora de su calidad de vida (Santana, Guillén y Márquez, 2002). Cada una de las discapacidades presentan características diferentes, por lo que habría que atender claramente a dichas características. Asimismo, nunca se debe olvidar la finalidad con la que se prescribe el ejercicio y las características individuales de cada sujeto. En este apartado vamos a considerar los aspectos genéricos y, por tanto, vamos a analizar de forma exhaustiva cada uno de los grandes grupos de deficiencias.

Para las personas que tienen una capacidad motriz y movilidad reducidas, la prác-

tica de alguna disciplina deportiva les da la posibilidad de mantener funciones y activar recursos, convirtiéndose en una forma estimulante y divertida de habilitar nuevas capacidades. Muchas son las ventajas que ofrece el ejercicio físico, fundamentalmente a tres niveles; a nivel físico, ya que se ven beneficiados el aparato respiratorio, la musculatura, el sistema nervioso y el sistema metabólico y cardiovascular; a nivel psicomotor, dado que se logra fomentar el desarrollo de algunas habilidades y, a nivel psicosocial, puesto que la inclusión en un grupo mejora las relaciones sociales, aumenta la autoestima, mejora la imagen corporal y la confianza en sus capacidades.

Para estas personas, la práctica de actividad físico-deportiva procura mejoras en áreas específicas de desarrollo, como son la motricidad general y de precisión; la sociabilidad; la autoayuda; la cognición; la comunicación y la reducción de conductas indeseables. Muchos de estos beneficios son percibidos claramente por ellos mismos (Guillén y Santana, 2001a).

Cuando se colabora en el diseño de programas de actividad física adaptada, se debería focalizar la atención en alcanzar objetivos tales como ayudar a la persona a lograr una mayor adaptación física y psicológica; capacitarle para la comprensión del impedimento, así como de las posibilidades de movimiento y de actuación derivadas del mismo; posibilitar a la persona la adaptación a sus límites y su compensación; facilitar la independencia y autonomía; ayudar a la persona en el proceso de identificación e inclusión en su grupo social (Guillén y Santana, 2001b). En primer lugar, para diseñar un programa de actividad física adaptada, se deberá realizar un perfil personal individual del participante, donde se evaluará:

- El tipo de déficit: perfil del déficit y tipo de comunicación que le permite.
- La edad de aparición de la deficiencia.
- Los factores relacionados con el estilo de vida, sobre todo con la experiencia y los roles adoptados ante el déficit.
- La disposición psicosocial: niveles de independencia, de seguridad y de confianza en sí mismo, autoconcepto y autoimagen.
- La capacidad de establecer relaciones y de integrarse en el grupo.
- La personalidad.

Es necesario precisar que la actividad física y el deporte deben proporcionar oportunidades de usar las habilidades que las personas han aprendido o reaprendido y no se deberá olvidar nunca la edad del sujeto ni el género, ya que estos determinan de manera considerable su motivación (Guillén y Santana, 2002).

Posteriormente se analizarán las implicaciones de la deficiencia. Según el tipo de déficit, se evaluará la repercusión de la actividad física en cada individuo, ya que puede suceder que alguna actividad esté contraindicada desde el punto de vista médico. Las implicaciones más frecuentes suelen ser las siguientes:

Deficiencia específica del desarrollo y deficiencias traumáticas: problemas de crecimiento, de desarrollo físico o mental, hasta problemas relacionados con huesos o músculos: somatotipo o morfometría.

- Problemas relacionados con la postura o el equilibrio: corporales o posturales.
- Dificultades en la actividad manipulativa (agarrar, soltar o recibir).
- Ritmo y localización (marcha, carrera, saltos o giros).
- Deficiencias en los aspectos cognitivos en relación con el aprendizaje motor:

potenciales de aprendizaje y niveles perceptivo-motrices.

- Capacidades y condición física.
- Seguridad, confianza en sí mismo y factores médicos.

Las lagunas más importantes que se suelen encontrar serán las que afectan a la percepción de las informaciones y consignas (déficits sensoriales visuales y auditivos); las que afectan a la capacidad de comprensión (deficientes mentales); las relacionadas con la capacidad motora, que pueden obstaculizar el gesto más elemental. Por otro lado, encontramos las enfermedades crónicas, en las que las actividades físicas que se van a realizar deberán estar sometidas a un control permanente por posibles problemas asociados como cardiopatías o problemas respiratorios, entre otros.

Una vez evaluados estos factores, se diseñará el programa de actividad física, partiendo de la premisa de que el movimiento debe ser enseñado. De entre las adaptaciones pedagógicas susceptibles de ser llevadas a cabo, dependiendo de las características de las personas que tengamos en el grupo, destacan las siguientes:

1. *Apoyo verbal*: tipo de palabras, su número y elección; explicaciones concretas y breves; en tareas complejas, sustituir las demostraciones por las explicaciones previas; atraerles la atención sobre las fases importantes del movimiento.
2. *Apoyo visual*: demostración previa del movimiento, utilización simultánea de varios estímulos (colores y ritmo).
3. *Apoyo manual*: situar a la persona en la posición ideal para el movimiento, ejercer una fuerza de resistencia al movimiento o guiarle por el espacio.

4. *División del movimiento en secuencias:* en aquellos casos en que la persona está limitada en la organización de las informaciones, previa descomposición del movimiento en sus fases: correr, coger el balón, lanzarlo, etc.
5. *Establecimiento del tiempo más apropiado entre explicación y ejecución:* el necesario para comprender la secuencia motriz del acto que se va a ejecutar.
6. *Reducción del número y tiempo de las sesiones.*

Conclusiones

El elevado número de personas que padece algún tipo de deficiencia o enfermedad es bastante elevado en nuestro país. La gran demanda de ejercicio físico que en la actualidad existe en la población en general también se hace notar en aquellos sectores de la población que presentan algún tipo de dificultad.

En la actualidad existe una gran demanda de ejercicio físico por parte de la población en general y en particular de las personas que presentan algún tipo de dificultad.

El área de la salud y la calidad de vida se ha convertido en un amplio campo de intervención para los psicólogos/as del ejercicio y el deporte. Esto se debe a los avances sociales habidos en nuestro país en las últimas décadas y al elevado número de personas que afecta. Son abundantes los estudios pertenecientes al ámbito de la psicología que relacionan la actividad física y la salud en su más amplia acepción; asimismo, también son numerosas las evidencias que confirman los efectos beneficiosos del ejercicio físico y el deporte. De entre los beneficios de carácter psicológico que aportan el ejercicio físico y el deporte, destacan la reduc-

ción de la ansiedad, la mejora de los estados de ánimo y el incremento de los niveles de autoestima y de autoconcepto.

Colectivos profesionales como el de la medicina cada vez insisten más en la necesidad de una práctica de ejercicio por parte de la población en general y, en particular, por parte de estas poblaciones. En cuanto al psicólogo del deporte, los roles que puede asumir en este ámbito son de consultor, formador e investigador.

Cada colectivo presenta unas necesidades específicas que el psicólogo deberá conocer y a los que deberá atender y dar respuesta. Igualmente, deberá analizar el tipo de actividad que los sujetos deberán realizar de acuerdo a la deficiencia o enfermedad que presenten. El trabajo se realizará dentro de equipos multiprofesionales o en colaboración con otros profesionales.

Por último, para lograr la optimización de la intervención del psicólogo en las distintas poblaciones y siempre de acuerdo a los diferentes programas analizados, se propondrán una serie de pautas básicas que los psicólogos del deporte deben seguir a la hora de diseñar programas de intervención:

- Se tendrá en cuenta no sólo la importancia de la recuperación, sino también de la prevención.
- Los ejercicios serán sencillos y para ser llevados a cabo en el entorno adecuado.
- El aspecto social deberá constituir uno de los ejes fundamentales sobre los que gire este tipo de programas.
- Se incidirá en la mejora de la calidad de vida y todo lo que ello conlleva.
- Cada sector necesitará un programa adaptado a sus características/necesidades.
- Se tratará de conseguir la adherencia a los programas por parte de sus destinatarios.

Referencias

- Barriopedro, M.I., Eraña, I. y Mallol, L. (2001). Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (2), 239-246.
- Caballero, A. y Hernández García, M. (2007). Beneficios del ejercicio físico en los pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*, 23 (1), 22-27.
- Callaham, P.R., Froelicher, V.F., Klein, J., Risch, M., Dubach, P. y Friis, R. (1989). Exercise-induced silent ischemia: age, diabetes mellitus, previous myocardial infarction and prognosis. *Journal of American College of Cardiology*, 14, 1175-1180.
- Carless, D. y Douglas, K. (2008). The contribution of exercise and sport to mental health promotion in serious mental illness: An interpretive project. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10 (4), 5-12.
- Davis, C. (2007). Eating disorders, physical activity, and sport: Biological, psychological, and sociological factors. En K. Young y P. White (Eds.), *Sport and gender in Canada (2^a ed.)* (págs. 237-258). Nueva York: Oxford University Press.
- De Pablo, C., Del Río, A., García Porrero, E., Boraita, A. y Stachurska, A. (2008). Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca, *Revista Española de Cardiología*, 61 (1), 97-108.
- Dionne, I., Alméras, N., Bouchard, C., y Tremblay, A. (2000). The association between vigorous physical activities and fat deposition in male adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32 (2), 392-395.
- Fagard, H. (1996). Athlete's heart: a meta-analysis of the echocardiographic experience. *International Journal of Sports Medicine*, 17, S1405S144.
- Garcés de los Fayos y Vives, L. (2006). La actividad física como estrategia de salud: nuevos yacimientos de mercado. En C. Sánchez Gombau (Ed.), *Marketing y recursos humanos en organizaciones deportivas* (págs. 327-352). Editorial EOS.
- García Ferrando, J. M. (1990). *Aspectos sociales del deporte. Una reflexión sociológica*. Madrid: Alianza Editorial.
- García Ferrando, J. M. y Lagardera, F. (2009). *Sociología del Deporte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gázquez, I., Martí, A., Roura, T. y Capdevila, L. (1992). Estilos de vida activos y memoria inmediata en individuos de la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 1 (2), 15-23.
- Giacobbi, P., Stancil, M., Hardin y Bryant, L. (2008). Physical activity and quality of life experienced by highly active individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25 (3), 189-207.
- Guillén, F. (1996). Calidad de vida activa física vejez: una perspectiva psicosocial. En M. Navarro, E. Brito, J. M. García Manso, y J.A. Ruiz Caballero (Eds.), *Programas de actividad Físicas y deportivas para las personas mayores* (págs. 179-198). Las Palmas de Gran Canaria: Excmo.: Cabildo Insular de Gran Canaria.
- Guillén, F. (2003). Estado actual y perspectivas futuras de la psicología del deporte en el contexto de la actividad física adaptada. En E. Garcés de los Fayos, (Ed.), *Áreas de aplicación de la Psicología del Deporte* (págs. 73-84). Murcia: Consejería de Presidencia y Dirección General de Deportes de Región de Murcia.

- Guillén, F., Castro, J. J., y Guillén, M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista Psicología del Deporte*, 12, 91-108.
- Guillén, F. y Sánchez, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *Edupsykhé*, 2 (2), 259-272.
- Guillén, F., y Santana, A. (2001a). Autopercepción de los beneficios psicosociales producidos por la actividad física en sujetos con deficiencia visual. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1 (1), 81-90.
- Guillén, F., y Santana, A. (2001b). Perspectivas sobre la actividad física en personas con deficiencia visual. En M. Valcarce (Ed.), *Psicología del Deporte y de la Salud* (págs.61-79). Orense: Fundación Mestre Mateo.
- Guillén, F., y Santana, A. (2002). Intereses y actitudes de las personas ciegas o con deficiencia visual por la actividad físico-deportiva, según la edad y el sexo. *Apunts*, 69 (3), 76-83.
- Guillén, F., y Santana, A. (2006). Psicología del Deporte poblaciones especiales. En E. Garcés de los Fayos, A. Olmedilla y P. Jara (Eds.), *Deporte y Psicología* (págs. 653-666). Murcia: Diego Marín.
- Hanna, R. S. (1986). Effect of exercise on blind persons. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 80 (5), 722-725.
- INE (2009). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. EDAD 2008*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Larson-Meyer D. E., Redman, L., Heilbronn L. K., Martin C. K., y Ravussin, E. (2010). Caloric Restriction with or without Exercise: The Fitness versus Fatness Debate. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42 (1), 152.
- Leite F. E. C., Valim-Rogatto P. C. y Rogatto G. P. (2009). Influência aguda da caminhada, musculação e alongamento nos níveis de dor e número de sintomas de estresse de mulheres portadoras de fibromialgia. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 4 (1), 75-92.
- Lowry, R., Galuska, D., Fulton, J., Wechsler, H. y Kann, L. (2002). Weight Management Goals and Practices Among U.S. High School Students: Associations With Physical Activity, Diet, and Smoking. *Journal of Adolescent Health*, 31 (2), 133-144.
- Martínez-Tur, V., Tordera N., y Peiró, J.M. (2001). Relaciones entre la gestión de recursos humanos en organizaciones de servicios y la satisfacción de los usuarios. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 214, 129-166.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Remor E., y Lima, S. M. (2009). Efecto diferencial del componente lúdico dentro de un programa específico de actividad física adaptada para personas mayores sobre la autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 4 (2), 233-252.
- Santana, A., Guillén, F. y Márquez, S. (2002). Bienestar psicológico y actividad física en poblaciones ciegas y con deficiencias visuales. *Revista de Ciencias del Ejercicio y de la Salud*, 2 (1), 14-22.
- Sharman J. E., y Stowasser, M. (2009). Australian Association for Exercise and Sports Science Position Statement on

Exercise and Hypertension. *Journal of Science & Medicine in Sport*, 12 (2), 252
U.S. Department of Health and Human Services (2002). *Physical activity*

fundamental to preventing disease. Washington DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.