

**ENTENDIENDO A
NUESTROS PEQUEÑOS
DEPORTISTAS**



**GUÍA DE INICIACIÓN A LA PREPARACIÓN FÍSICA
PARA TÉCNICOS DE ESCUELAS DEPORTIVA**

En este capítulo abordaremos dos temas importantes que nos ayudarán a entender lo que se vive en el día a día en los centros de iniciación deportiva: en primer lugar, veremos la triada de la inactividad pediátrica, es un concepto que va ganando gran relevancia y se compone de tres factores diferentes, pero interrelacionados que influyen en la inactividad física y los riesgos para la salud a largo plazo. Hoy en día es un hecho que la gran mayoría de la población infantil no llega al mínimo de actividad física diaria, por lo que si entendemos qué ocurre nos ayudará a abordar mejor la situación con los niños que decidan realizar actividades físico deportivas. En segundo lugar, como los niños no son adultos en pequeño veremos las diferencias fisiológicas y anatómicas entre niños y adultos para dejar de adaptar

entrenamientos de
adultos a los niños.

Entendiendo a
nuestros pequeños
deportistas
contribuiremos a la
construcción de
futuros adultos sanos
y activos de por vida.



TRIADA DE INACTIVIDAD PEDIÁTRICA

La obesidad infantil es un importante problema de salud pública en todo el mundo, sobre todo porque al menos el 70% de los niños obesos tienen una alta probabilidad de ser adultos obesos (Nobre et al. 2017). Los niños con sobrepeso u obesidad a menudo muestran los componentes de la triada de inactividad pediátrica; estos incluyen la dinapenia pediátrica, analfabetismo físico y trastorno por déficit de ejercicio (Comeras-Chueca et al., 2022).

Diversos autores nos indican que la inactividad física puede provocar graves problemas de salud no sólo durante la etapa pediátrica y adolescente, sino también a lo

largo de la vida, ya que los jóvenes con una baja condición física, sin necesidad de tener un índice de masa corporal elevado, corren un mayor riesgo de mantener la baja condición física en la edad adulta y ser más vulnerables a enfermedades crónicas asociadas al sedentarismo (Fraser et al., 2017)

La triada de inactividad pediátrica es un concepto que va ganando gran relevancia y se compone de tres factores diferentes, pero interrelacionados, que influyen en la inactividad física y los riesgos para la salud (Faigenbaum et al., 2018; Wilkinson et al., 2022).



Figura 2: Triada pediátrica y algunos de los elementos relacionados. Modificada de la original de los autores (Faigenbaum, Rebullido y MacDonald, 2018)



I. Desorden por déficit de ejercicio

- El trastorno por déficit de ejercicio es un término utilizado para describir una condición caracterizada por bajos niveles de la actividad física mínima diaria recomendada (Faigenbaum et al., 2014).
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos indica que el sedentarismo en niños y adolescentes está asociado a problemas de salud como obesidad, disfunciones a nivel cardio metabólico, deficiente forma física, deslizamiento de la epífisis femoral, inflamación crónica, menor duración y calidad del sueño y peor comportamiento social.
- El motivo que subyace la baja adherencia al ejercicio físico es multifactorial y parece incluir un bajo nivel de aptitud física y de coordinación motora que provoca desmotivación en los niños y, por lo tanto, mayor probabilidad de no cumplir con la actividad física mínima diaria a lo largo de los años de crecimiento (Faigenbaum et al., 2018; Nobre et al., 2017).



II. Dinapenia pediátrica

- La dinapenia se define como una afección caracterizada por bajos niveles de potencia y fuerza muscular, por consiguiente, limitaciones funcionales no causadas por enfermedades neurológicas o musculares (Wilkinson et al., 2022). Es consecuencia de la inactividad física ya que precisamos de una cantidad suficiente de fuerza y potencia muscular para lanzar con destreza, patear y saltar.
- Los niños y adolescentes que presenten dinapenia tendrán más posibilidades de permanecer inactivos y de sufrir lesiones derivadas de la práctica de actividades físico deportivas. Por lo tanto, identificar a los niños y adolescentes en esta situación de riesgo nos permitirá realizar un adecuado diseño de las intervenciones de mejora de la condición física y así facilitarles llegar al nivel de sus compañeros más fuertes (Faigenbaum et al., 2018).
- La OMS destaca que se deben incluir al menos 3 días a la semana ejercicios de intensidad vigorosa que refuerzen músculos y huesos.



III. Analfabetismo motriz

- Según Feigenbaum y Rebullido (2018) este concepto describe la falta de competencia, motivación, confianza y conocimientos para moverse con destreza en diversas actividades físicas. Este término incorpora la influencia negativa, e interrelacionadas, de la dinapenia pediátrica y el trastorno por déficit de ejercicio, el cual se observa en jóvenes débiles e inactivos. Sin la actividad física mínima diaria y la fuerza muscular necesaria, los niños estarán menos dispuestos a trepar, correr o dar patadas a un balón. Por lo tanto, tendrán menor predisposición a experimentar los beneficios del movimiento. Los autores indican que debido a que el concepto de analfabetismo motriz engloba al ámbito cognitivo, afectivo y psicomotor del aprendizaje, las intervenciones deben contar con estrategias motivacionales, sociales y pedagógicas para que los jóvenes menos activos entiendan y aprendan el valor de la actividad física y que el movimiento es vida



OMS (2021)

Niños y adolescentes de 5 a 17 años

Se recomienda:

Deben realizar al menos una media de 60 minutos de actividad física diaria.
Principalmente aeróbica de intensidad moderada a vigorosa a lo largo de la semana



Reforzar músculos y huesos

Deben incorporarse actividades aeróbicas de intensidad vigorosa y actividades que refuerzen músculos y huesos al menos tres días a la semana.



Direcciones de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.

Figura 3: Adaptado de las recomendaciones de AFyD de la OMS de 2021

¿LOS NIÑOS SON ADULTOS EN PEQUEÑO?

2. Diferencias fisiológicas y anatómicas entre niños y adultos.

Según Alonso (2021), un error muy frecuente que cometan los entrenadores en etapas de desarrollo es la planificación del entrenamiento sin tener en cuenta las necesidades y características de los jóvenes deportistas modificando los entrenamientos de adultos y adaptando el volumen e intensidad para aplicarlo a niños y adolescentes. Las características físicas, psicológicas y sociales de los niños deportistas difieren del adulto, por lo que es preciso adaptar las sesiones de entrenamiento a ellos.

DIFERENCIAS ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS ENTRE NIÑOS Y ADULTOS



Figura 4: Diferencias anatómicas y fisiológicas entre niños y adultos. Modificada del original de Alonso (2021)