

**ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE JÓVENES CON
DISCAPACIDAD COGNITIVA DEL MUNICIPIO DE COTA, CUNDINAMARCA,
DESDE EL MODELO DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL**

Sonia Milena García Ballén

Código: 2095302

Gloria Lilia González Espitia

Código: 2095305

Directora:

Diana Alexandra Camargo Rojas

Universidad Santo Tomás

Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación

Bogotá, D.C., 16 junio de 2014

CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	15
Objetivo General	15
Objetivos Específicos.....	15
MARCO TEÓRICO.....	16
Discapacidad concepto multidimensional	16
Discapacidad y Deporte.....	17
Antecedentes investigativos	26
METODOLOGIA.....	27
Tipo de Investigación	27
Criterios de inclusión, exclusión, éticos y consentimiento informado.	28
Operacionalización de las variables	30
Categorías.....	34
Técnicas de muestreo y selección.....	36
Descripción procedimientos (Instrumento. Técnica de recogida)	36
Técnicas de recolección de datos.....	40
Resultados	53
Características de la población.....	53
Condición física de personas con discapacidad	56
Factores sociales y culturales relacionados con la actividad física	68
Estrato socioeconómico	68
Tipo de discapacidad.....	69
Nivel educativo de los jóvenes con discapacidad	71
Nivel educativo de los padres	72
Redes de apoyo	74
Conocimientos de los padres frente a la discapacidad, actividad física y deportes	75
.....	78

Actitudes de los padres frente a la discapacidad, la actividad física y el deporte	80
.....	81
Prácticas de los padres frente a la discapacidad, la actividad física y el deporte	83
Conocimientos, actitudes y prácticas de padres en relación con la discapacidad y el deporte.	85
Conclusiones	90
Referencias	96
Anexos	98
Anexo I: Modelo de consentimiento Informado	98
CONSENTIMIENTO INFORMADO	98
Anexo II: Modelo de entrevista semi-estructurada	101
Anexo II: Modelo de formato de recolección de datos.....	108

RESUMEN

El **objetivo** de esta investigación fue determinar los factores individuales y contextuales de esta población en el municipio de Cota, desde el modelo de la determinación social, identificando factores relacionados que afectan la práctica de la actividad física, evaluando su condición física y su entorno (familias, cuidadores y profesionales). **Método:** Es un estudio de orden descriptivo exploratorio, con enfoque mixto, se pretende comprender el fenómeno; triangulando métodos de investigación cualitativa-cuantitativa. Teniendo en cuenta los criterios necesarios para jóvenes con MR. La selección de la muestra es no probabilística, obtenida a través de un muestreo intencional. Se espera caracterizar las condiciones físicas, mediante unos test de valoración apoyada en el del Manual **Brockport Physical Fitness Test (BPFT)**, y con una entrevista semi-estructura aspectos sociales, culturales, político económicas, que afectan la práctica de actividad física y el deporte. **Resultados y conclusiones:** Se definieron perfiles que de acuerdo a los factores, generando insumos para la construcción de programas que beneficien a la comunidad, que permitan mejorar la calidad de vida y fundamenten el campo de conocimiento y objeto de estudio del programa de Cultura física, deporte y recreación de la Universidad Santo Tomás.

Palabras Claves: *Discapacidad, Actividad física, Condición Física, Determinación Social, Deporte.*

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the individual and contextual factors in this population in the municipality of Cota, from the model of social determination, identifying related factors that affect the practice of physical activity, assessing their fitness and their environment (families, caregivers and professionals). Method: A descriptive exploratory study order, with mixed approach is to understand the phenomenon; triangulating qualitative and quantitative methods of research. Given the criteria necessary for youth with MR. The selection of the sample is not random obtained through purposive sampling. It is expected to characterize the physical conditions through a test valuation supported in the Manual Brockport Physical Fitness Test (BPFT), and a semi-structure social, cultural, economic, political, affecting physical activity and sport . Results and conclusions: profiles according to factors generating inputs for the construction of programs that benefit the community, to improve the quality of life and to substantiate the field of knowledge and object of study Physical Culture program were defined, sports and recreation St. Thomas University.

Keywords: Disability, Physical Activity, Fitness, Social Determination, Sport.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca reconocer la multidimensionalidad de la discapacidad, la cual más allá de ser una deficiencia, debe ser entendida como la relación entre el individuo y la sociedad, la cual a su vez, ofrece los apoyos necesarios para lograr el proceso de inclusión social de los sujetos. Este proceso de inclusión se evidencia en todos los ámbitos de la vida cotidiana, en donde transcurre la vida los sujetos y se desarrolla su proyecto de vida; uno de los ámbitos que permite el desarrollo de habilidades, destrezas y en donde es posible poner en práctica las capacidades de los sujetos, es el relacionado con la actividad física y deporte, sin embargo es uno de los que presenta un mayor número de barreras, afectan la participación de las personas con discapacidad.

Es por esto, que el presente estudio busca aportar información relacionada con los determinantes que desde el modelo de la determinación social, influyen en la práctica de la actividad física de personas con discapacidad, a partir de una valoración de su entorno social, donde se indago acerca del estado actual del entorno a nivel político, económico, así como el acceso a salud, educación y los conocimientos que cuidadores y docentes tienen acerca de las políticas públicas, como se evidenciará más adelante (Anexo II).

Adicionalmente, se realizó una evaluación de la condición física de los jóvenes con discapacidad, como parte del dominio singular de la determinación, para lo cual se aplicó una serie de test presentes en el Manual **Brockport Physical Fitness Test (BPFT)**. Dicho Manual se elaboró a partir de diferentes investigaciones realizadas por Joseph P. Wanica y Francis X. Short en Estados Unidos, en la cual se aplicaron diferentes test y de los cuales se cuenta con baremos confiables, en personas con diferentes tipos de discapacidad, principalmente en personas con discapacidad cognitiva o también conocido como retardo mental (RM).

A partir de lo anterior, se realizó la caracterización de las condiciones físicas, sociales, culturales, político y económicas, que afectan la práctica de actividad física

y el deporte, definiendo así, posibles perfiles que sirvan como insumo para la construcción de programas que beneficien a toda la comunidad, mejoren la calidad de vida y fundamenten el campo de conocimiento y el objeto de estudio del programa de Cultura física, deporte y recreación de la Universidad Santo Tomas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la atención tanto del gobierno como de instituciones privadas y públicas, frente al tema de discapacidad se ha incrementado; las leyes ahora son más explícitas y los recursos han aumentado, pero aún con todo esto, no se cuenta con profesionales que tengan el conocimiento para ayudar a este tipo de población, además de la falta de sustento teórico, que nos ayude a tener una aproximación de la situación real.

Aunque hay que resaltar que no existe una amplia gama de investigaciones que aporten al reconocimiento de los determinantes que influyen en la inclusión/exclusión de las personas en condición de discapacidad en el ámbito deportivo como proceso de formación; en el año de 1918 se dan los inicios deportivos para la población con discapacidad en donde el sector de la discapacidad auditiva fue la pionera; se puede ver como se refleja la identidad de este grupo poblacional, reafirmandose que a partir de la experiencia personal, la práctica deportiva se convierte en un método terapéutico como lo fue para los soldados mutilados de la guerra de Alemania con el único fin de que ellos olvidaran el sufrimiento y se recuperaran rápidamente en los hospitales (Tolosa, 2011).

Ahora bien en Colombia, hemos encontrado que en el 2009 la Universidad del Rosario, realizó una investigación acerca de los factores que inciden en la práctica de la actividad física de personas con discapacidad, implementando un modelo ecológico, que permitiera observar desde diferentes niveles dicho fenómeno (Mogollón, García, Ospina, & Santacruz, 2009); No obstante el nivel singular, propuesto por Veril en el modelo de la determinación social (Breilh, 2003), no fue considerado en esta investigación, siendo importante para generar perfiles que expliquen las diferentes interacciones que se pueden dar en una misma población.

Desde esta perspectiva, aunque no en la población con discapacidad, Prieto y Agudelo, emplearon el enfoque multinivel para realizar un diagnóstico de la actividad física en tres regiones en Colombia, en donde se estudiaron características

individuales y contextuales de la actividad física, reconociendo como las condiciones propias del sujeto y las generadas por el entorno, pueden afectar su práctica (Prieto & Agudelo, 2006).

También se encontró que el documento CONPES 2761 de 1995 estableció que la Vicepresidencia de la República y el DANE debían “diseñar y poner en marcha los sistemas de información y comunicación sobre discapacitados” (Tobón, 2004), pero nada concreto se ha desarrollado en Colombia, por lo menos conocido que nos arroje información relacionada con el entorno social y la condición física de este tipo de población.

Es por esto, que en los últimos años se han formulado distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en el mundo para conocer la carga global de morbilidad y discapacidad y estimar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud pública (Cruz & Hernandez, 2008).

Algunos autores hablan que la discapacidad es heterogénea y existen muchos tipos de discapacidades y condiciones de salud similares que pueden afectar a las personas en formas distintas (Acosta, 2007). Por esto en los Censos de Población y Vivienda, internacionales han venido utilizando dos enfoques para tener claro el tema de discapacidad, desde un enfoque de deficiencia y otro de Limitación, donde más adelante los definiremos, y que nos sirve como una forma de identificar los factores sociales y de la condición física, en la que se encuentra este tipo de población.

Ahora bien, también debemos tener claro que “puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad” (Egea & Sarabia, 2001)

Otro aspecto a tener en cuenta, es que en Colombia la mayoría de la población que presenta algún tipo de discapacidad también hace parte de los estratos socioeconómicos más bajos, o se encuentran ubicados en zonas rurales, siendo esto un factor que limita a esta población en los diferentes ámbitos de trabajo, educación, movilidad, transporte y aspectos recreo-deportivos; a pesar que legalmente esta población debería contar con la garantía de estos derechos.

Es necesario asegurar el acceso a escenarios adecuados para la práctica de cualquier actividad física, recreativa o deportiva y en conjunto un estamento especializado en la promoción de la práctica de actividad física y el deporte competitivo para todo este grupo poblacional, la creación por parte del gobierno de políticas y normas adecuadas para el desarrollo de las mismas y en ellas estrategias de inclusión social (Coldeportes., 2013).

Por otra parte, una problemática común y social de esta comunidad en particular es que requieren de un recurso humano con formación adecuada, de atención médica o terapéutica, y el aspecto en el que más queremos hacer referencia, sus limitantes en el momento de la práctica de cualquier tipo de actividad física y el mejoramiento de la condición de la misma. Por eso, necesario que se tenga en cuenta el acceso a escenarios adecuados para la práctica de cualquier actividad física, recreativa o deportiva y en conjunto un estamento especializado en la promoción de la práctica de actividad física y el deporte competitivo para todo este grupo poblacional, la creación por parte del gobierno de políticas y normas adecuadas para el desarrollo de las mismas y en ellas estrategias de inclusión social (Coldeportes., 2013).

Con todo lo anterior, es por eso que en Colombia se requiere realizar más investigaciones donde se sistematicen todas las actividades que se realicen con personas con discapacidad y las experiencias vividas, para lograr tener más sustentos teóricos, desde la condición física y social de los sujetos, y ayude esta

información a los profesionales en las áreas de la salud, a entender y ayudar a este tipo de población.

Es claro que en el contexto actual de Colombia además de la información censal, se viene registrando continuamente la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, para los informes censales personas con discapacidad en el territorio de Cundinamarca, la participación en actividades deportivas o de recreación, nos muestra que en el municipio de Chía, tan solo 87 personas entre hombre y mujeres participan en estas actividades y en Cota solo 49 personas, revisando estos datos y la situación de esta población, la participación en actividades deportivas es escasa, pues la población total de personas con discapacidad, para el municipio de Chía es de 559 y para Cota es de 383 personas respectivamente (DANE, 2008).

Sin embargo, a pesar de dar importancia al registro y a la generación de un sistema de información en Discapacidad, para favorecer el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes y proyectos desarrollados dentro del marco del Plan Nacional de Discapacidad, los avances en el tema no son satisfactorios y los hallazgos obtenidos desde la aplicación de dicho instrumento, se han limitado a la presentación de datos relacionados con el sujeto y su entorno más cercano, pero no relaciona las condiciones generales y estructurales de un contexto que puede afectar la condición de salud de la población con discapacidad.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos ver que en Colombia la discapacidad en los últimos años ha pasado de ser un aspecto sin importancia a un tema de gran magnitud y por el cual se debe trabajar arduamente a causa de diferentes aspectos de la sociedad; es claro que la información sobre discapacidad y sus diferentes dimensiones no han sido indagados hasta hace un par de años, y mucho menos aquellos en los que la actividad física o el deporte intervienen directamente.

De esta manera y reconociendo la problemática existente en los sistemas de información, se plantea la necesidad de realizar un diagnóstico poblacional, entre Chía y Cota que permitan comprender la realidad de la población con discapacidad,

empleando metodologías integradoras, que involucren el enfoque de determinantes sociales de la salud y el enfoque de la determinación social, con el fin de transformar la mirada reduccionista de los sistemas de información basados en los datos convencionales de mortalidad y morbilidad, proporcionando información relacionada con el contexto, el Estado, las condiciones de vida de las poblaciones y favoreciendo la aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad y La Salud., 2001) y a partir de esto ofrecer respuestas de acuerdo a sus necesidades.

Todos estos aspectos son fundamentales a tener en cuenta, para identificar los factores que pueden llegar a influenciar el desempeño físico y social de las personas con algún grado de discapacidad es por esto que esta investigación se enfocó a identificar los principales factores, que se requieren en el desarrollo de las actividades físicas siendo determinantes en la inclusión social de esta población.

JUSTIFICACIÓN

Esta Investigación se enfoca en identificar los diferentes factores que influyen en la práctica de actividad física, y como esta contribuye al desarrollo físico y la inclusión social en personas con discapacidad cognitiva, donde la experiencia del sujeto en el entorno en el que se encuentra, nos dará información necesaria para aportar en el campo de las áreas de la salud, que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos sujetos.

Esta propuesta, busca realizar de forma simultanea un reconocimiento de la condición física actual de los sujetos y poder también investigar sobre su entorno, donde la interacción y la experiencia del sujeto con el entorno social, familiar y terapéutico, además de sus cuidadores, nos darán diferentes aspectos que ayudarán al mejoramiento de la calidad de vida. Este proceso busca identificar de forma clara los factores que influyen en las prácticas deportivas, el mejoramiento de los movimientos, la interacción social y el desempeño académico, el cual puede verse influenciado positivamente por la práctica de la actividad física.

Las poblaciones en condición de discapacidad son consideradas como poblaciones con un alto grado de falencias en todos los procesos que puedan mejorar su calidad de vida, aspectos como la educación, el transporte y las oportunidades de trabajo se ven altamente vulneradas o simplemente dejadas de lado tal cual como nos menciona la OMS en su informe mundial sobre discapacidad. (Egea & Sarabia, 2001). Por tanto, se busca que la información obtenida, nos dé un referente claro de los factores sociales y las habilidades físicas de los sujetos con respecto a la velocidad, potencia, flexibilidad y agilidad, dando así una pauta para apoyar a los programas en la educación deportiva de toda la población en condición de discapacidad no solamente de las poblaciones con discapacidad cognitiva, si no también otras, lo que favorece a su vez la participación e inclusión social (Beltran, 2010).

Por todo lo anterior, el presente estudio se centrará en recolectar todos estos datos tanto sociales como de la condición física, sin necesidad de realizar pruebas complejas de laboratorio o de requerir la ayuda de otros profesionales.

Este estudio no solo nos permitirá evaluar en campo con herramientas propias de la Educación Física, sino también lograra comprender los diferentes componentes del entorno social del sujeto; por esta razones queremos dar un punto de partida a otros profesionales de cultura física, deporte y recreación, para que a futuro, diseñen, apliquen y generen sus propias conclusiones, sobre una propuesta de intervención educativa y adecuada, a la realidad de esta población y el mejoramiento de su calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores individuales y contextuales relacionados con la práctica de la actividad física de población con discapacidad cognitiva del municipio de Cota, Cundinamarca, desde el modelo de la determinación social.

Objetivos Específicos

- Identificar las características de la condición física de la población con discapacidad cognitiva del municipio de Cota, Cundinamarca, que pueden incidir en la práctica de la actividad física.
- Identificar los determinantes sociales, culturales y económicos, que afectan la práctica de actividad física de la población con discapacidad cognitiva.
- Establecer perfiles de acuerdo a los factores identificados en la población, relacionados con la práctica de la actividad física.

MARCO TEÓRICO

Discapacidad concepto multidimensional

Inicialmente todos tenemos un concepto sobre cada palabra cuando hablamos sobre temas de discapacidad, según OMS la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, Informe mundial sobre la discapacidad, 2011)

Por otro lado y acercándonos más al contexto Colombiano el DANE, define la deficiencia como la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (Ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizada) y sólo debe usarse en este sentido y la limitación en la actividad como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. El término discapacidad como componente es sustituido a partir de 2001 por el de limitaciones según CIF.

Discapacidad y Deporte

Debería ser una empresa sin esperanza la de describir las causas las formas de la discapacidad mental. Se parte de un punto de vista muy personal y depende de la posición del observador. De este modo la visión del médico, del sociólogo, del psicólogo del especialista en pedagogía pero también de los padres, los amigos, educadores y no por último el profesor educación física, esto por supuesto ligado a sus experiencias y conocimientos de cada uno de sus alumnos/pacientes.

La discapacidad mental afecta al individuo en su globalidad esta no es solo la “sombra que lo acompaña, si no el mismo” en este sentido debemos considerar a la discapacidad mental en principio como una discapacidad múltiple ya que se caracteriza por disturbios en la percepción y en motricidad en el razonamiento, en la capacidad de establecer relaciones sociales y de vivir emociones de distinta intensidad.

“Contrariamente a un discapacitado físico el discapacitado mental no está en grado de enfrentarse a la presencia de su discapacidad y de objetivarla” de tomar las distancias de sí mismo, de realizar acciones de compensación, etc.

Cualquier tentativa en esa dirección del discapacitado mental llevara la marca de su discapacidad.

Esta globalidad de las lesiones debidas a la discapacidad mental, como además la aplicación de un preciso concepto de formación “digamos normal” hacia encarar la actividad finalizada de individuos débiles mentales como sin sentido ya desde mitad del siglo XIX.

Desde esa época se encuentran los primeros esfuerzos continuos en el área social para una educación y una formación, junto a un potenciamiento de la cura médica, la verdadera apertura hacia las formas modernas de educación, formación y promoción surgieron solamente después de la segunda guerra mundial.

“Mientras el diagnostico medico tradicional se concentraba en relevar la enfermedad el especialista en pedagogía curativa debió dirigir su mirada a cuanto quedo integro...” (Orssati, 2004)

A partir del año 1960 en Roma, con la realización de los Juegos de “Minusválidos”, el liderazgo del deporte en la inclusión de las personas en condición de discapacidad gracias al arraigo de los juegos olímpicos, lo que genera la gestación del futuro de las paralogpiadas con el fin de: “Fomentar la amistad y el entendimiento entre todas las naciones, aportando a través del deporte la paz y el bienestar social de todos los discapacitados del mundo, a fin de conquistar los mismos derechos y las mismas oportunidades a todos los seres humanos”.

Como se evidenció también en la Segunda Guerra Mundial, los procesos de rehabilitación llevaron a que a los soldados, para su recuperación se les proporcionara una silla de ruedas, logrando que este se integrara socialmente, mediante estos sucesos tan significativos se generando espacios deportivos donde el sujeto se integrara y lograra un cambio favorable a su actual estado física y su relación con el entorno, por lo tanto se consideró que el deporte es una actividad que generaba “Estado de bienestar” en los individuos (Fernández, 2000).

A través de la incorporación de las personas con discapacidad a la actividad deportiva se visualicen las variables significativas del deporte en cuanto al enfrentamiento que el individuo hace en un rol no habitual dentro de la sociedad, realizando un esfuerzo de superación prolongado por conseguir el objetivo, superando las barreras sociales y demostrando seguridad en sí mismo, considerándose ante los ojos de los demás como una persona apta y útil rompiendo barreras psíquicas y sociales (Barton, 1998 citado por Neira).

Es así como el deporte se ha manifestado en los últimos tiempos como un instrumento importante de adaptación personal e integración social en las personas con discapacidades tanto físicas como psíquicas, hasta convertirse en un verdadero fenómeno social, como lo demuestran las diversas organizaciones y federaciones de

deportes adaptados. Se ha llegado incluso a la organización de unos juegos olímpicos especiales, los juegos paraolímpicos.

A nivel Nacional desde la Constitución Política de Colombia se reconoce en los artículos 13, 47, 54, 68 y 93 el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de la sociedad y específicamente en el Artículo 52, “el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre” (Coldeportes., 2013). Además, en el Artículo 3 de la misma ley se declara que para garantizar el acceso del individuo y de la comunidad al conocimiento y práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre, el Estado tendrá en cuenta objetivos rectores tales como:

Formular y ejecutar programas especiales para la educación física, deporte, y recreación de las personas con discapacidades físicas, síquicas, sensoriales, de la tercera edad y de los sectores sociales más necesitados creando más facilidades y oportunidades para la práctica del deporte, de la educación física y la recreación.

Respecto a la Educación Física se resalta en el Artículo 11 que:

Corresponde al Ministerio de Educación Nacional, la responsabilidad de dirigir, orientar, capacitar y controlar el desarrollo de los currículos del área de Educación Física de los niveles de Pre-escolar, Básica Primaria, Educación Secundaria e instituciones escolares especializadas para personas con discapacidades físicas, síquicas y sensoriales, y determinar las estrategias de capacitación y perfeccionamiento profesional del recurso humano. (Coldeportes., 2013)

Hechos que movilizaron al deporte como una estructura sólida, hasta posicionarlo en espacios determinantes de las sociedades, categorizándolo como una necesidad humana y factor incidente en la construcción cultural y social de los individuos de acuerdo la carta de las naciones unidas (Bolaños, 2005). A nivel nacional las problemáticas departamentales, están sujetas a las políticas públicas de deporte, recreación y actividad física 2009-2019, planteadas pero están no deben solo quedarse como políticas, si no se deben regular para que sean equitativas,

donde se cumplan los derechos humanos para las personas en condición de discapacidad.

Frente a lo que podemos opinar como con el paso de los años la importancia del deporte en la discapacidad se ha basado en aspectos terapéuticos muy ligados a la medicina y a aspectos de recuperación en sus procesos deportivos y de interacción social, frente a los que encontramos la siguiente información:

El deporte para personas con discapacidad se viene denominando deporte adaptado. Este presenta características específicas derivadas de las diferentes adaptaciones que se realizan en las actividades físico deportivo para que puedan practicarlas las personas discapacitadas. Estas adaptaciones afectan a las reglas deportivas, a los espacios, a las técnicas y a los materiales.

Además las distintas discapacitaciones han dado origen a deportes específicos como es el caso de la **“boccia”** para los parálíticos cerebrales, el **“hockey-interior”** para disminuidos psíquicos o el **“goolball”** para los invidentes. (Hoz, 1996)

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la Actividad: son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

Restricciones en la Participación: son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Individual: en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidos las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Bienestar: es un término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana.

Estados de salud y dominios de salud: un “estado de salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF. Los “dominios de salud” indican áreas de la vida que incluimos en el concepto de “salud”, como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria que contribuyen al “bienestar” global. En la CIF solamente se consideran los dominios del “bienestar” global “relacionados con la salud”.

Condición de salud: es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las “condiciones de salud” se codifican utilizando la CIE-10.

Funcionamiento: es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Discapacidad: es 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 (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. Por ello, las funciones mentales (o psicológicas) están incluidas dentro de las funciones corporales. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Estructuras corporales: son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales. El estándar empleado para valorar estas estructuras es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos.

Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

Limitaciones en la actividad: son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en términos de cantidad o calidad, en la realización de la en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Participación: es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse

en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

Factores Contextuales: son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.

Factores Ambientales: constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.

Factores Personales son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación. Facilitadores son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población.

Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el

rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción.

Barreras: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Capacidad: es un “constructo” que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en Actividad y Participación. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja describir las características de este contexto/entorno uniforme o la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el componente Factores Ambientales para normalizado.

Desempeño/Realización: es un “constructo” que describe, como calificador, lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno. Capacidad es un “constructo” que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguno de los dominios incluidos en Actividad y Participación.

La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja describir las características de este contexto/entorno uniforme o la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el componente Factores Ambientales para normalizado.

Discapacidad: es un término genérico que incluye deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales limitaciones en las actividades que puede

realizar una persona de su edad y contexto, así como restricciones en la participación en los espacios de vida cotidiana. Indica los aspectos negativos de la interrelación entre un individuo (con una condición de salud) y su contexto “No es algo que se tiene (por ejemplo ojos azules) ni algo que se es (por ejemplo bajo o delgado), sino un estado de funcionamiento que describe el “ajuste” entre las capacidades del individuo la estructura y expectativas de su entorno personal y social.

Discapacidad auditiva: pérdida o disminución de la capacidad auditiva de la persona. Se encuentran dos tipos:

Sordera e hipoacusia.¹

Discapacidad visual: deficiencia de la visión que aun con su corrección, afecta adversamente las actividades que requieren el uso de la visión, entre ellas el aprendizaje escolar.

Ceguera y baja visión.²

Discapacidad motora: deficiencia ortopédica severa, que afecta adversamente el rendimiento académico del estudiante. El termino incluye deficiencias causadas por anomalías congénitas (por ejemplo el pie equino varo, la ausencia de un miembro) deficiencias causadas por enfermedad (por ejemplo poliomielitis, tuberculosis de los huesos etc.) deficiencias por otras causas (por ejemplo parálisis cerebral, amputaciones y fracturas o quemaduras que causan contracturas).

Discapacidad cognitiva: (retardo mental) funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio. Existe concurrentemente al mismo tiempo con déficit en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el desarrollo afecta de manera adversa el rendimiento o desempeño académico del estudiante.

¹ Sordera: deficiencia auditiva tan severa (90 decibelios) impidiendo el proceso de información lingüística a través del oído la cual puede afectar el rendimiento académico.

1. Hipoacusia: deficiencia en la audición que puede afectar adversamente su rendimiento educativo pero no es incluido en la definición de sordera.

² Ceguera: pérdida total de la visión.

Baja visión: deficiencia visual en la que no se supera una agudeza visual de 20/70.

Síndrome de Down: condición producida por una alteración genética que ocurre en el momento de la concepción y produce un conjunto de características físicas, bioquímicas y estructurales que se manifiestan en el desarrollo de la persona.

Autismo: discapacidad de desarrollo que afecta de manera significativa la comunicación verbal y no verbal y la interacción social generalmente evidente antes de los tres años y que afecta desfavorablemente el desempeño académico.

Discapacidad múltiple: deficiencias simultaneas (tales como el retraso mental-ceguera, retraso mental-deficiencia ortopédica etc.) cuya combinación causa necesidades educativas tan intensas que los niños y niñas no se pueden acomodar en un modelo de educación especial dedicado únicamente a una de las deficiencias. (OCDE, 2007)

Antecedentes investigativos

En Colombia, se han desarrollado investigación en personas con algún tipo de discapacidad, relacionadas con los determinantes sociales. Es así como en el 2011, la Universidad Nacional de Colombia, realizó la siguiente investigación “Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo” donde determinó la estructura social, socioeconómica, educación y condición de vida, con personas con discapacidad física, visual y auditiva. Según el estudio se evidenció que la falta de una política deportiva con enfoque inclusivo hace que el deporte paralímpico conserve la percepción de la desventaja sobre los deportistas en situación de discapacidad, estableciendo inequidades sociales sin reconocimiento de la diferencia (Neira, 2011).

También encontramos que en el 2009, la Universidad del Rosario, realizó una investigación titulada “Factores que inciden en la práctica de actividad física la población en situación de discapacidad” donde implementaron modelo ecológico, que permitiera observar desde diferentes niveles dicho fenómeno (Mogollón, García, Ospina, & Santacruz, 2009); No obstante el nivel singular, propuesto por Breilh en el

modelo de la determinación social (Breilh, 2003), no fue considerado en esta investigación, siendo importante para generar perfiles que expliquen las diferentes interacciones que se pueden dar en una misma población.

Estas investigaciones permiten resaltar que la inclusión deportiva en jóvenes con discapacidad, al ser sujetos únicos con diversidades corporales donde se ven afectados el desarrollo motor, requiere de docentes que manejen el deporte adaptado escolar, recreativo, terapéutico y competitivo (Germán, 2001), con el fin de mejorar y contribuir a la salud y el estado físico del sujeto.

METODOLOGIA

Tipo de Investigación

Esta investigación es un estudio descriptivo exploratorio, con enfoque mixto, que pretende comprender el fenómeno, triangulando métodos de investigación cualitativa-cuantitativa: un método descriptivo-exploratorio y un método interpretativo, identificando factores relacionados con la práctica de la actividad física de jóvenes con discapacidad cognitiva, sus familias, cuidadores y profesionales que se encuentren en el municipio de Cota. Aplicando los test del manual de **Brockport Physical Fitness Test (BPFT)**, teniendo en cuenta los criterios necesarios, siendo una muestra no probabilística, obtenida a través de un muestreo intencional.

Población

La población es seleccionada de manera intencional y de acuerdo a los criterios de inclusión buscando que cumplan con los mismos, identificando su discapacidad, que hagan parte del grupo poblacional o lugar de residencia requerido en este caso el municipio de Cota Cundinamarca, que de acuerdo a las definiciones de discapacidad se encuentren dentro de ellas en cuanto a sus dificultades, y características cognitivas principales.

Así pues reconocemos a los estudiantes pertenecientes a la institución de educación especial C.A.N.E. ubicada en el municipio de Cota y con una experiencia

de aproximadamente 30 años trabajando con población que presenta dificultades de aprendizaje. (Discapacidad cognitiva) organizando para ellos un modelo educativo en el que sus estudiantes reciben capacitación en áreas convencionales educativas como las de cualquier institución educativa formal, y en la que el progreso físico también es de gran importancia realizando su apoyo constante por medio de terapeutas físicos, ocupacionales, de lenguaje y el docente correspondiente en el área de formación en educación física deporte y recreación. Buscando por medio de este complemento ubicar a estos jóvenes en la sociedad y hacer de ellos seres funcionales y autónomos más allá de sus dificultades.

Criterios de inclusión, exclusión, éticos y consentimiento informado.

Teniendo en cuenta los objetivos para este proyecto, los siguientes criterios, para delimitar y definir claramente la población que se requiere para este tipo de estudio, estos son:

INCLUSIÓN		EXCLUSIÓN	ETICOS
Que pertenezcan al municipio de Chía.		Exceso de uso de Medicamentos	Consentimiento Informado
Que presenten discapacidad cognitiva	Diagnóstico de Problemas cardiacos	Autorización de un adulto responsable del deportista	
Que se encuentren en edades de los 13 a los 26 años	Problemas visuales y auditivos	Plan Nacional en Discapacidad (Colombia) Marco Legal Nacional e Internacional	
	Dificultades al realizar las valoraciones (Definido por CI)	Autorización de un adulto responsable del deportista a realizar las valoraciones.	
	Problemas Psiquiátricos		

Cuadro No 1. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia, 2014

Por otro lado según el Plan Nacional en Discapacidad (Colombia), en el marco legal Nacional e Internacional, y según la Política Pública Nacional de Salud Mental, y

enfocándonos a los derechos de las personas con discapacidad, se expidió la ley N°. 1616 Del 21 de enero de 2013, y con el fin de garantizar a los participantes de esta investigación, sus valores, interés y de forma autónoma con este documento lograr la protección de grupos vulnerables y la información recogida, expide lo siguiente de forma clara, donde es importante tener en cuenta el Consentimiento informado para no tener ningún inconveniente, menciona los siguientes derechos:

Derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, Art. 6. Derecho de las personas. Numerales: 14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado. 15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

De esta forma también debemos considerar en los consentimientos informado lo siguiente para que sea claro.

- ✓ La información que se proporcione a las personas encargadas legalmente debe ser entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible. Por lo tanto se deben aportar los datos básicos que deben aportarse está el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.
- ✓ La voluntariedad con que las personas dan consentimiento, con respecto a este elemento, lo esencial es que las personas sepan que tienen la opción de participar o no en las investigaciones y que tienen el derecho a retirarse
- ✓ Se debe informar a los sujetos sobre los resultados de la investigación, tanto sean parciales durante el estudio, como los contenidos del informe final al término de la investigación y efectuar un seguimiento. (Castro, 2012)

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INSTRUMENTO	CONCEPTO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS FÍSICOS	Tipo de Análisis
DISCAPACIDAD COGNITIVA	Retardo Mental (Leve-Moderado)		"La Deficiencia Mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización" (OMS)	Según clasificación ya realizada por el Colegio o Institución al que pertenezca el sujeto		
EDAD	Edad	Documentación legal de cada participante	Tiempo que ha vivido una persona, Identificación de la edad, según fecha de nacimiento hasta la edad actual.	Se le solicita a cada uno de los participantes, el documento de identificación oficial y legal, que certifique su lugar y fecha de nacimiento.	No requiere	Análisis Estadístico

SEXO	Sexo	Documentación legal de cada participante	Condición orgánica hombre y mujer, característica sexual.	Se le solicita a cada uno de los participantes, el documento de identificación oficial y legal, que certifique su género.	No requiere
PESO	Peso	Báscula	Composición total expresada en kilogramos de cada sujeto	Se le solicita al participante que se presente para la toma de peso, cumpliendo con los siguientes requerimientos: - Camisa y pantaloneta - Sin Zapatos. Se le pedirá al sujeto que de una forma relajada se suba a la báscula, con la mirada al frente, brazos relajados, posteriormente se le hará la lectura.	Báscula / Salón de estudio con superficie plana.
TALLA	Talla	Tallimetro	Altura máxima expresada en cm de cada sujeto.	Se le solicita al participante que se presente para la toma de la talla, cumpliendo con los siguientes requerimientos: - Camisa y pantaloneta - Sin Zapatos. Se le pedirá al sujeto que de una forma	Salón de estudio con superficie plana.

				relajada se ubique contra la pared, con la mirada al frente, brazos relajados, posteriormente se le hará la lectura.		
APTITUD FISICA TEST BROCKPORT	Funcionamiento Musculo/Esquelético, Fuerza Muscular y Resistencia	De acuerdo al Test	De acuerdo al Test	- Dominante fuerza de agarre (Dinamómetro) - Isométrico push-up - Curl-Up modificado (Abdominales) - Brazo extendido colgar	De acuerdo al Test	
	Composición Corporal	De acuerdo al Test	De acuerdo al Test	- Medidas de pliegues cutáneos - Índice de Masa Corporal	De acuerdo al Test	
	Funcionamiento aeróbico	De acuerdo al Test	De acuerdo al Test	- Prueba PACER (20m o 15m) - Target aeróbico Prueba Movimiento - Una milla de carrera / caminata	De acuerdo al Test	

	<i>Flexibilidad</i>	De acuerdo al Test	De acuerdo al Test	- Back protector de sentarse y llegar a - Estiramiento de hombros - Prueba de Apley (modificado) - Thomas de prueba (modificado) - Prueba Stretch Target	De acuerdo al Test	
--	----------------------------	--------------------	--------------------	--	--------------------	--

Categorías

Variables	Dimensiones		Definición de la dimensión	Instrumento
REDES DE APOYO	PRIMARIAS	Familia	Grupo de familiares y grupos profesionales con acceso a la población en condición de discapacidad en sus diferentes lugares, hogar, centros educativos, centros de esparcimiento.	ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS VIDEOS FOTOGRAFIAS
		Amigos	Construir a partir de la interacción cotidiana entre unos y otros involucrando a los padres en programas de inclusión social involucrando así a toda la familia.	
	SECUNDARIAS	Comunidad, personas, Grupos Recreativos, Relaciones Comunitarias y Religiosas o de Estudio	Corresponden a las relaciones entabladas en el microsistema distinguiéndose de grupo cuyas relaciones se establecen con características más periféricas.	
	INSTITUCIONALES O FORMALES	Colegios, Centros Educativos, Corporaciones.	están conformadas por personas que pertenecen a las instituciones y que brindan servicios de educación, de salud, de bienestar, social, etc.	
FUNCIONES Y ESTRUCTURAS DE LA DISCAPACIDAD	Funciones Corporales (b)		Calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia. (CIF)	CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (versión abreviada pág. 39-40)
	Estructuras Corporales (s)		Calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o	CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y

		magnitud de una deficiencia. (CIF)	DE LA SALUD (versión abreviada pág. 39-40)
	Actividades y Participación (t)	desempeño/realización problema en el contexto/entorno actual de la persona	CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (versión abreviada pág. 39-40)

Técnicas de muestreo y selección

En primera instancia es de orden no probabilístico, y se realiza una selección por conveniencia, ya que la población que se elige se ajusta a los criterios de inclusión y exclusión, además que la población existente es la única, que se puede intervenir por decisión de las investigadoras, por el bajo costo que se identifica, y las facilidades que se presentan al tener la población con libre disposición con la investigación.

Descripción procedimientos (Instrumento. Técnica de recogida)

En la investigación que se planteó se tuvo en cuenta las diferentes las técnicas de recolección de información para los aspectos Cuantitativos, se aplicaron una serie de test del Manual de Brockport. Para aspectos Cualitativos se realizara entrevista semi-estructurada, donde se recolecto la información necesaria, esta entrevista se diseñó de acuerdo a los requerimientos según las categorías.

Para la toma de datos cuantitativo se tomó el Manual de ***Brockport examen de aptitud física (BPFT)***, esta prueba hace referencia a los criterios de aptitud física, para su uso con los jóvenes que presenten algún tipo de discapacidad.

Según este Manual está diseñado y es adecuado para su uso en jóvenes sin discapacidad y personas con discapacidad, tales como:

- ✓ ***Retraso mental***
- ✓ Lesiones de la médula espinal
- ✓ Parálisis cerebral
- ✓ Ceguera
- ✓ Anomalías congénitas
- ✓ Amputaciones

Ahora bien, este manual nos presenta una serie de valoraciones que responden a cuatro ítems principalmente y de donde se escogieron diez (10) test principales para

realizar las valoraciones de aptitud física respectivamente, estas categorías principales son las siguientes:

1. *Funcionamiento musculo esqueléticos, Fuerza Muscular / Resistencia.*

Pruebas escogidas para estudiantes con RM.

- Dominant grip strength (Dominante fuerza de Agarre-Dinamometría)
- Isometric push-up (Empuje hacia arriba)
- Modified Curl-up (Abdominales)
- Extended arm hang (Extensión de brazos)

2. *Composición Corporal*

- Skinfolds (Pliegues Cutáneos)
- Body Mass Index (Índice de masa corporal)

3. *Funcionamiento Aeróbico*

- Test de PACER 16m

4. *Flexibilidad*

- Modified Apley
- Back-Saver Sit and Reach
- Modified Thomas

En segunda instancia, para identificar los aspectos sociales se realizó la entrevista semi-estructurada y un cuestionario para recolectar la información necesaria basada en la CIF. (OMS O. M., 2001), se dividieron por capítulos de recolección de datos, la entrevista completa se a la comunidad de padres y desde el Capítulo II: Datos Generales del Padre, Cuidador, Profesor o Profesional, se les entrego a los docentes y demás personal que se encuentra en la institución, véase en el (Anexo III):

1. Capítulo I: DATOS GENERALES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
2. Capítulo II: DATOS GENERALES DEL PADRE, CUIDADOR, PROFESOR O PROFESIONAL

3. Capítulo III: CONOCIMIENTOS

4. Capítulo IV: ACTITUDES

5. Capítulo V: PRÁCTICAS

De esta manera la entrevista Semi-estructurada se desarrolla de la siguiente manera:

Datos personales tanto de la persona con discapacidad como de su padre, cuidador o profesional a cargo, datos sociales de vivienda, estrato socioeconómicos, entre otros.

Pero la entrevista tiene una finalidad y es encontrar esos factores que puedes limitar la práctica del deporte y la actividad física de los jóvenes con discapacidad cognitiva permitiendo evidenciar temores, falencias, fortalezas, malas experiencias o desconocimiento en los programas y o procesos de inclusión deportiva a nivel municipal, es por esto que las preguntas se refieren a aspectos como el conocimiento en las capacidades, dificultades, fortalezas y temores propias del joven a cargo o de ellos como grupo de apoyo, los programas especializados en la actividad física, la formación de profesionales idóneos para el desarrollo y ejecución de los mismos programas.

De acuerdo con esto los datos obtenidos por medio de las entrevistas nos darán información dependiendo de la red de apoyo en la que se encuentre el entrevistado, puesto que habrán preguntas que los padres y o cuidadores responderán y otras para los docentes, terapeutas, profesionales y personal que realice el acompañamiento en algún momento en los procesos educativos o de integración de los jóvenes con discapacidad.

Con la información anterior nuestro proceso para la recolección de datos, fue la siguiente:

1. Consentimiento informado (Anexo I)
2. Entrevista Semi-Estructurada (Anexo II)
3. Formato Brockport Toma de datos (Anexo III)
4. Protocolo para aplicar las siguientes pruebas:

- Dominant grip strength (Dominante fuerza de Agarre-Dinamometría)
- Isometric push-up (Empuje hacia arriba)
- Modified Curl-up (Abdominales)
- Extended arm hang (Extensión de brazos)
- Skinfolds (Pliegues Cutáneos)
- Body Mass Index (Índice de masa corporal)
- Test de PACER 16m
- Modified Apley
- Back-Saver Sit and Reach
- Modified Thomas

Materiales

Instrumentos requeridos y utilizados para estas pruebas, fueron:

- Cronometro
- Cinta métrica
- Dinamómetro de mano marca Takei Physical Fitness Test, modelo Grip-a, rango de (0-100 Kg)
- Plicómetro (Harpender)
- Grabadora
- CD Test de Potencia Aeróbica Máxima PACER test ("16 m") Modificado, se utilizó el CD del test de ("Course Navette")
- Barra ajustable alrededor de 1,5 pulgadas en (3,8cm) de diámetro a una altura que permite un rendimiento, sin tocar la superficie de apoyo.
- Colchonetas
- Mesa Metálica
- Regla (30 cm)

Técnicas de recolección de datos

1. *Dominant grip strength (Dominante fuerza de Agarre-Dinamometría)*

El objetivo de esta prueba es medir la fuerza máxima isométrica de los músculos de la mano y el antebrazo.

Material necesario: Dinamómetro



Figura 1. Dinamómetro de mano marca Takei Physical Fitness Test, modelo Grip-a, rango de (0-100 Kg)

Procedimiento: El sujeto toma el dinamómetro con la mano y con el brazo en ángulo recto y el codo por el lado del cuerpo. La base debe descansar en el primer metacarpiano (en el talón de la palma), mientras que el mango debe descansar en medio de cuatro dedos. Cuando esté listo el sujeto aprieta el dinamómetro con el máximo esfuerzo isométrico, que se mantiene durante aproximadamente 5 segundos. No se permite ningún otro movimiento del cuerpo.

Anotación: Se le permite realizar un ensayo antes, posteriormente se ejecutara la prueba, anotando los resultados entre las manos (dominantes y no dominantes) izquierdo y derecho.

2. Isometric push-up (Empuje hacia arriba)

Este examen está diseñado principalmente para medir la fuerza y la resistencia de la parte superior del cuerpo.

Material necesario: Se necesitan un cronómetro y una superficie plana y sólida



Figura 2. Realización de la prueba Isometric push-up (Empuje hacia arriba)

Procedimiento: Los procedimientos para las pruebas de ensayo se modificaron a partir de Johnson y Lavay (1989) en la flexión de brazos isométrica, los participantes tratan de mantener una posición elevada y empuje hacia arriba durante un máximo de 40 seg. El participante asume un frente inclinado, posición de descanso con las manos directamente debajo de los hombros, los brazos extendidos, todo el cuerpo en una línea recta, y dedos de los pies tocando el piso o alfombra (el corregir hasta la posición para un empuje hacia arriba).

Se termina la prueba cuando cualquier movimiento como la flexión, pando u oscilación se produce en los codos, los hombros, el tronco o las rodillas. En otras palabras, la puntuación se termina cuando la posición para el empuje hacia arriba ya no se sostiene.

Anotación: Se da un ensayo de prueba, el evaluador registra la longitud de tiempo para la segunda más cercana que el participante tiene la posición adecuada.

3. *Modified Curl-up (Abdominales)*

Esta prueba está diseñada para medir la fuerza abdominal y la resistencia. El participante comienza en posición supino sobre una colchoneta.

Material necesario: Se necesitan un cronómetro y una superficie plana y sólida



Figura 3. Realización de la prueba Modified Curl-up (Abdominales)

Procedimiento: En la prueba de abdominales, los participantes deben completar la mayor cantidad de abdominales como le sea posible, hasta un máximo de 75, a una cadencia de cada 3 seg.

Las rodillas están dobladas en un ángulo de 140 grados aproximadamente. Con los pies apoyados en el suelo y las piernas ligeramente separadas. Los brazos se mantienen rectos paralelos al tronco, con las palmas hacia abajo, hacia la colchoneta y los dedos extendidos.

4. *Extended arm hang (Extensión de brazos)*

Esta prueba está diseñada para medir la fuerza y resistencia de mano, brazo, hombro.

Material necesario: Se necesitan un cronómetro y una barra. Esta prueba requiere una barra ajustable alrededor de 1,5 pulgadas en (3,8cm) de diámetro a una altura que permite un

rendimiento sin tocar la superficie de apoyo.



Figura 4. Realización de la prueba Extended arm hang (Extensión de brazos)

Procedimiento:

En esta prueba, el participante se cuelga de una barra o aparato que cuelga similar por el mayor tiempo posible, hasta 40 s. El participante empieza agarrando la barra utilizando un rizo o agarre en pronación (nudillos hacia la cara; el pulgar debe estar envuelto alrededor de la barra, el participante puede saltar a esta posición, levantarse a la misma, o se mueven a la misma desde una silla del participante, debe asumir una posición extendida completamente con los pies alejados del suelo a lo largo de la prueba, Los codos y las rodillas no deben doblarse, El participante puede estabilizarse de manera que él o ella no se balancee.

Anotación: Un ensayo está permitido para cada participante. La puntuación es el tiempo transcurrido en segundos (al segundo más cercano) desde el inicio de un libre colgar a la vez que los dedos dejan la barra, Se requiere un cronómetro.

Modificaciones de prueba:

Las personas con discapacidad deben ser proporcionadas la oportunidad de aprender y experimentar el elemento de la prueba antes de que se registraran las puntuaciones para el propósito de prueba.

Sugerencias para la administración de prueba:

- Asegúrese de que la barra y las manos de los participantes estén secas
- Aliento constante durante toda la prueba es extremadamente importante
- Debido a que algunos jóvenes pueden tener miedo de caer, es importante mantenerlos lo más cerca del piso o el suelo como sea posible y asegurarles que contarán con la asistencia si pierden su agarre.

5. *Skinfolds (Pliegues Cutáneos)*

Esta prueba determina el espesor de los pliegues cutáneos en sitios seleccionados. Las pruebas de pliegues cutáneos se utilizan para estimar la grasa corporal de los jóvenes.

Material necesario: Plicómetro (Harpender)

Procedimiento: Mediciones de los pliegues cutáneos se pueden tomar en tres sitios:

- 1- El pliegue cutáneo del tríceps se toma sobre el músculo tríceps en una ubicación a medio camino entre la punta del hombro y el codo.
- 2- El pliegue subescapular se toma en el sitio de aproximadamente 1 cm de la línea media del cuerpo.

3- El pliegue de la pantorrilla se toma en el interior de la pierna más o menos al nivel de la circunferencia de la pantorrilla.

El pie debe ser colocado plana en una superficie elevada con la rodilla flexionada en un ángulo de 90. Estas medidas deben tomarse en el lado dominante o preferido del participante. Una vez que los sitios han sido definidos.

Anotación: Esta medición solo se realiza una vez al sujeto evaluado.

6. *Body Mass Index (Índices de masa corporal)*

BMI siglas de Índice de Masa Corporal. Es una medida de la composición corporal. El IMC se calcula tomando el peso de una persona y dividiéndolo por su altura al cuadrado.

Cuanto mayor sea la cifra, más sobrepeso tenga. Al igual que cualquiera de este tipo de medidas es sólo una indicación y otras cuestiones tales como el tipo y forma del cuerpo tienen una relación así. Recuerde, el IMC es sólo una guía - no se aplica con precisión a la población de edad avanzada, mujeres embarazadas o atletas muy musculosos como los levantadores de pesas.

Material necesario: Báscula digital y cinta métrica.

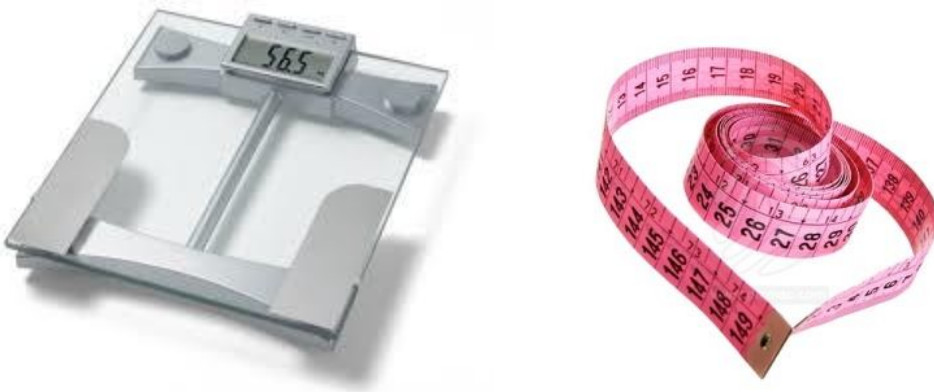


Figura 5. Báscula digital y cinta métrica

Procedimiento: El IMC se calcula a partir de la masa corporal (M) y la altura (H). $IMC = M / (H \times H)$, donde M = masa corporal en kilogramos y H = altura en metros. Cuanto más alto sea el puntaje general que indica los niveles más altos de grasa corporal.

Anotación: El IMC se utiliza a menudo como una medida de población general para determinar el nivel de riesgo para la salud asociados con la obesidad.

Otras medidas simples de la composición corporal, como las medidas pliegues cutáneos, sería preferible si está disponible.

7. Test de PACER (16m)

Esta prueba es un examen de aptitud aeróbica máxima.

Material necesario: Se requiere aplicar esta prueba en una superficie antideslizante, demarcada con conos, de hasta 20 metros de cinta de medición, PACER cd prueba, cd player y hojas de registro.



Figura 6. Realización de la prueba Pacer 16m (femenino)

Procedimiento: Hay dos variantes de esta prueba, con las líneas colocadas ya sea 15 o 20 metros de distancia. La distancia de prueba de 15 m se utiliza para el 2 ° y 3 ° grado o cuando hay limitaciones de espacio. La prueba consiste en funcionamiento continuo entre las dos líneas en el tiempo hasta sonidos grabados. El tiempo entre la señal sonora que disminuye cada minuto (nivel) que requiere un aumento en el ritmo.

Anotación: Los sujetos continúan hasta que no son capaces de seguir el ritmo de los pitidos. Hay un total de 21 niveles, que tendría aproximadamente 21 minutos en completarse.

8. *Modified Apley*

La prueba está diseñada para medir la flexibilidad superior del cuerpo.

Procedimiento: El participante intenta llegar a volver y tocar con una mano el ángulo medial superior de la escápula contraria. Un ensayo se da para cada brazo.

Si el participante puede tocar con éxito el ángulo medial superior de la escápula opuesta y mantiene esa posición durante 1 a 2 s, tiene una puntuación de 3 se concede por ese brazo.

Si el participante no puede alcanzar la puntuación de 3, él o ella trata de tocar la parte superior de la cabeza. Un intento exitoso obtiene una puntuación de 2. Si el participante no puede lograr una puntuación de 2, él o ella intentan tocar la boca y recibe una puntuación de 1 si tiene éxito.

Si los participantes no es capaz de tocar la boca, una puntuación de 0 se da para ese brazo. El sistema de puntuación se resume de la siguiente manera

- 3 - Tocar el ángulo medial superior del omóplato opuesto
- 2 - Tocar la parte superior de la cabeza
- 1 - Toque la boca
- 0 - Incapaz de tocar la boca

9. *Back-Saver Sit and Reach*

El objeto de esta prueba es a través de una posición sentada y por medio de una caja llegar, manteniendo una pierna recta. El elemento de prueba está diseñado para medir la flexibilidad de los músculos isquio-tibiales.

Material necesario: Es mejor tomar esta medición utilizando un aparato de ensayo de flexibilidad, aproximadamente 12 pulgadas (30 cm) de alto y 12 pulgadas de ancho una escala de medición se coloca en la parte superior del aparato con el

extremo cero de la regla más cercana del participante y la 9 pulgadas (23 cm).

Procedimiento: Los participantes comienza la prueba quitando sus zapatos (se permite calzado muy fina) y sentarse en el aparato de prueba. Una pierna está totalmente extendida con el pie plano contra el extremo del instrumento de prueba. La otra rodilla está doblada con la planta del pie plano en el suelo 2 a 3 pulgadas (de 5 - 8 cm) en el lado de las palmas de las manos hacia abajo, uno en la parte superior de la otra. El participante llega directamente hacia adelante para alcanzar al menos 1 seg. Después de medir un lado, el participante cambia la posición de las piernas y alcanza de nuevo. El participante puede permitir que la rodilla doblada se mueva hacia un lado si es necesario que el cuerpo se mueva por ella.

Puntuación y ensayos:

Un ensayo (cuatro tramos, la celebración de la última) para cada pierna se da para esta prueba. El registro probador a la unidad entera más cercana al número de pulgadas o centímetros alcanzados en el último intento en cada lado. Alcanza más allá de los estándares del criterio de referencia designados para este elemento de prueba no se recomiendan.

Modificaciones de la prueba:

Sujetos con retraso mental debe dar tiempo suficiente práctica para ser llegado completamente familiarizado con el procedimiento de prueba. No deben ser alentados a exceder los estándares de criterio hace referencia recomendados para este elemento de prueba.

10. Modified Thomas

La test está diseñada para evaluar la longitud de los músculos flexores de la cadera de los participantes.

Material necesario: Una mesa fuerte con una marca de cinta 11 pulgadas (28 cm) de uno de los bordes cortos de la tabla requerida. A 3 x 5 pulgadas son recomendados (7,6 cm de altura a) Tarjeta de archivo y un 4 x 6 pulgadas (15,2 cm de ancho) tarjeta de archivo o equivalentes para ayudar con el marcador, una cinta métrica o una regla también se pueden utilizar.

Procedimiento: El participante se encuentra en una posición de decúbito supino sobre la mesa de modo que la cabeza del fémur es la altura de la tira de cinta. (El probador debe garantizar que la articulación de la cadera es de 11 pulgadas desde el borde de la mesa.) Las piernas se pueden relajar y debe colgar por el borde estrecho de la tabla. Para probar la cadera derecha, el participante levanta la rodilla izquierda hacia el pecho. El participante utiliza las manos para tirar de la rodilla hacia el pecho hasta la espalda, este procedimiento se en la otra pierna.

Puntuación y ensayos:

Un ensayo para cada pierna es apropiado para la mayoría de los participantes. La prueba se califica en una escala de 0 a 3 puntos de la siguiente manera:

- 3 - La pierna probada permanece en contacto con la superficie de la mesa cuando la rodilla opuesta se tira hacia el pecho, y la parte posterior es plana.
- 2 - La pierna descansado no permanece en contacto con la superficie de la mesa, pero la altura de la pierna del participante por encima del borde de la mesa es de menos de 3 pulgadas o 7,6 cm (si se eleva la pierna pero el probador no se deslice el 3 pulg (7,6 cm) lateral de la tarjeta de archivo pequeño debajo de la

pierna del participante en el borde de la mesa una puntuación de 2 es apropiado)

- 1 - La pierna examinada levanta más de 3 pulgadas (7,6 cm), pero menos de 6 pulgadas (15,2 cm) por encima del borde de la mesa (si el 3 pulgada 7,6 cm de lado de los pequeños deslizamientos de tarjetas de archivo bajo el participante s piernas en el borde de la mesa, pero el 6 pulg (15,2 cm) lado de la tarjeta grande no lo hace, una puntuación de 1 es apropiado.
- 0 - La pierna examinada levantar más de 6 pulgadas (15,2 cm) por encima del borde de la mesa si el 6 pulg (15,2 cm) de lado de los grandes deslizamientos de tarjetas de archivo bajo la pierna del participante en el borde de la mesa, una puntuación de 0 es apropiado.

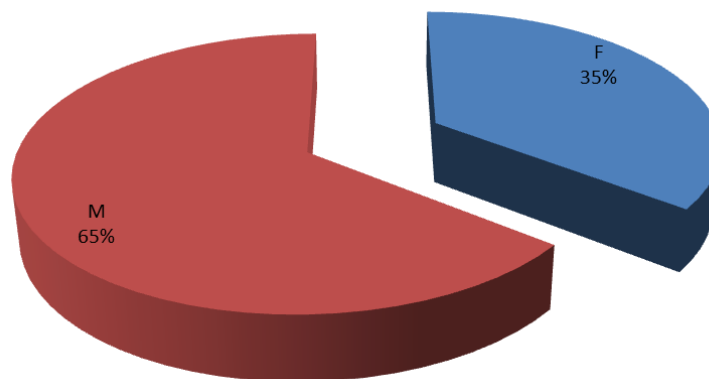
RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados obtenidos tanto cuantitativo como cualitativo.

Los modelos de la entrevista semi-estructurada realizada y las hojas con el formato para recoger los datos se encuentran anexos, como indicamos anteriormente.

Características de la población

La muestra definitiva para esta primera fase de estudio en el municipio de Cota, consistió de 31 sujetos, 35 % (n=11) mujeres y 65 % (n=20) hombres.



Gráfica N° 1. Porcentaje número de sujetos participantes por sexo
M: Masculino F: Femenino, Fuente: elaboración propia, 2014

Como se muestra en la *tabla 1*. La edad de esta población se encuentra comprendida entre los 13 y los 26 años, la media de la edad es de 18 (± 3.1) años para el total de la muestra, pero en el caso de las mujeres es de 18 (± 3.4) y para los hombres 18 (± 2.9) años.

Tabla 1: Características de la edad

	General	Mujeres	Hombres
N	31	11	20
Promedio de edad	18	18	18
Máximo	26	26	24
Mínimo	13	13	13
Desviación Estándar	3,1	3,4	2,9

N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

Como podemos observar en la *Tabla 2*. El 61% (n=19) de la población presentan Retraso Mental Leve, adicionalmente a este primer diagnóstico el 15% (n=5) de los sujetos presentan otro síndrome adicional como: trastorno Bipolar, trastorno del aprendizaje no especificado, Glaucoma, síndrome de lesch-nyhan y autismo, el 7 % (n=2) de los sujetos presentan epilepsia focal, por último el 7% (n=2) presentan trastorno con déficit de atención con hiperactividad. (Véase *tabla 3*.)

El 32% (n=10) presentar Retraso Mental Moderado, adicionalmente a este primer diagnóstico el 6% (n=2) de los sujetos presentan otro síndrome adicional como: enfermedad motriz de origen cerebral- hemiparécia y síndrome x frágil, además el 10% (n=3) de los sujetos presentaron trastorno fonológico-tartamudo. Por último el 7% (n=2) adicionalmente presentan Síndrome de Down, así completando el total de la muestra del 100% (n=31) de los sujetos entre mujeres y hombres. (Véase *tabla 3*.)

A continuación se presentan las características de esta muestra:

Tabla 2: Diagnóstico principal, frecuencia y porcentaje de la población

DX MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RETRASO MENTAL LEVE	19	61%
RETRASO MENTAL MODERADO	10	32%
SINDROME DE DOWN	2	7%
Total general	31	100%

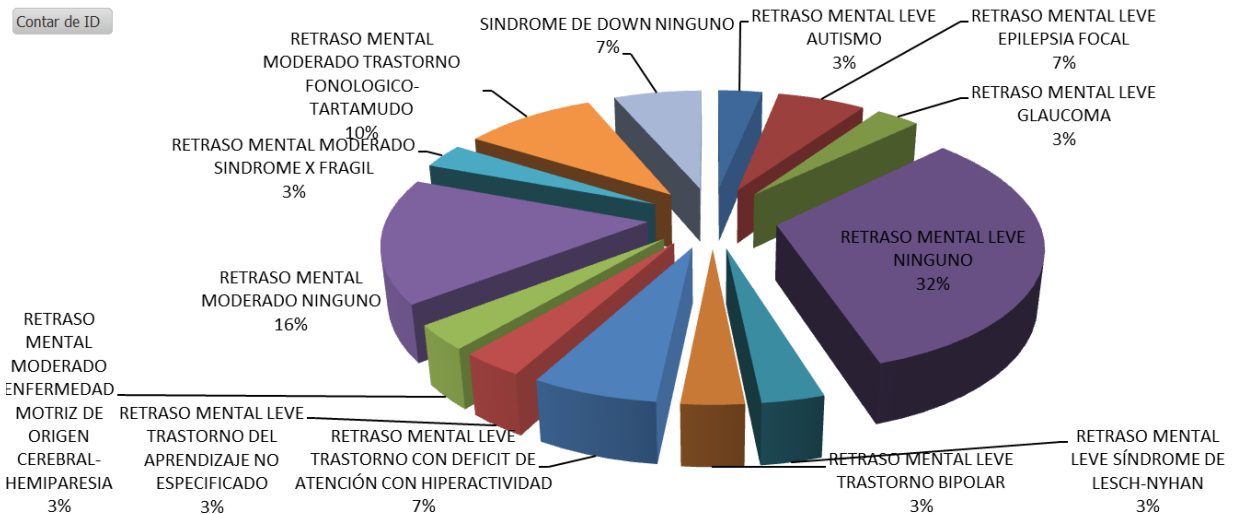
Fuente: elaboración propia, 2014

Tabla 3: Diagnóstico secundario, frecuencia y porcentaje de la población

OTRO DX MÉDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUTISMO	1	3%
ENFERMEDAD MOTRIZ DE ORIGEN CEREBRAL- HEMIPARESIA	1	3%
EPILEPSIA FOCAL	2	7%
GLAUCOMA	1	3%
SÍNDROME DE LESCH-NYHAN	1	3%
SINDROME X FRAGIL	1	3%
TRASTORNO BIPOLAR	1	3%
TRASTORNO CON DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	2	7%
TRASTORNO DEL APRENDIZAJE NO ESPECIFICADO	1	3%
TRASTORNO FONOLÓGICO-TARTAMUDO	3	10%
NINGUNO	17	55%
Total general	31	100%

Fuente: elaboración propia, 2014

En el gráfico N° 2. Se muestran las agrupaciones de los diagnósticos secundarios que se encuentran en esta población y que mencionaron en el presente estudio.



Gráfica No 2. Diagnóstico secundario y porcentaje de la población

Como diagnósticos secundarios encontramos que asociados a los tres principales casos, hay otros síndromes junto a este principal como: Autismo, enfermedad motriz de origen cerebral- hemiparécia, epilepsia focal, Glaucoma, Síndrome de lesch-

nyhan, Síndrome de X Frágil, Trastorno Bipolar, Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, Trastorno del aprendizaje no especificado, Trastorno fonológico-tartamudo, para 55% de la población (n=17) casos no presentan ningún otro tipo de discapacidad, como se ve graficada anteriormente.

Condición física de personas con discapacidad

Resultados obtenidos del test de (PACER 16m)

La prueba PACER, nos ayudó a valorar la aptitud aeróbica máxima de esta población. Para clasificar los resultados agrupamos las etapas en rangos de 5 en 5, de esta forma podemos darnos una idea de la capacidad aeróbica máxima de la población a grandes rasgos, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4: Rangos de 5 en 5 prueba Pacer (16m)

RANGOS PACER (16m) (5 EN 5)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(1-5)	20	65%
(6-11)	9	29%
(12-17)	2	6%
(18-21)	0	0%
Total General	31	100%

Fuente: elaboración propia, 2014

Se observó en esta prueba que la el 65% (n=20) de la población en general, presentan una baja capacidad aeróbica, un 29% (n=9) presenta una capacidad aerobia media, y un 6% presenta una capacidad aeróbica buena, según el Manual de Brockport en el mínimo estándar establecido, 88% de la población estaría calificada y presentan una buena capacidad aeróbica, ya que el 12% de ellos, no pasan con el mínimo estándar establecido.

Tabla 5: Características de la prueba Pacer (16m) por sexo

	General	Mujeres	Hombres
N	31	11	20
Promedio	5,7	4,6	6,3
Máximo	14,0	8,0	14,0
Mínimo	1,5	3,5	1,5
Desviación Estándar	2,8	3,2	3,2

N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba es de 5.7 (± 2.8) etapas para el total de la muestra, pero en el caso de las mujeres es de 4.6 (± 3.2) y para los hombres 6.3 (± 3.2) etapas.

Resultados obtenidos Skinfolds (Pliegues Cutáneos)

La prueba de pliegues cutáneos, busca darnos una idea general del % de grasa actual del sujeto, ya que este tipo de valoración nos muestra con más exactitud los excesos de grasa, en los sujetos.

Tabla 6: Características generales de los resultados pliegues cutáneos

	Tríceps	Subescapular	Pantorrilla
Promedio	11	10	10
Máximo	19,5	23,9	18,2
Mínimo	3,0	1,1	1,5
Desviación Estándar	4,6	5,5	4,6

Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba de las muestras de tríceps es de 19,5 (± 4.6), la media de la prueba de las muestras de pliegues subescapular es de 23,9 (± 5.5), por último la media del pliegue de pantorrilla es de 18,2 (± 4.6).

Tabla 7: Características generales de los resultados pliegues cutáneos por sexo

		Tríceps	Subescapular	Pantorrilla
Mujeres (n=11)	Promedio	12,7	9,7	11,7
	Máximo	19,5	17,0	18,2
	Mínimo	3,0	1,1	2,2
	Desviación Estándar	5,8	5,2	5,2
Hombres (n=20)	Promedio	10,2	10,6	8,6
	Máximo	17,3	23,9	16,3
	Mínimo	3,0	1,4	1,5

	Desviación Estándar	3,7	5,7	3,9
--	--------------------------------	-----	-----	-----

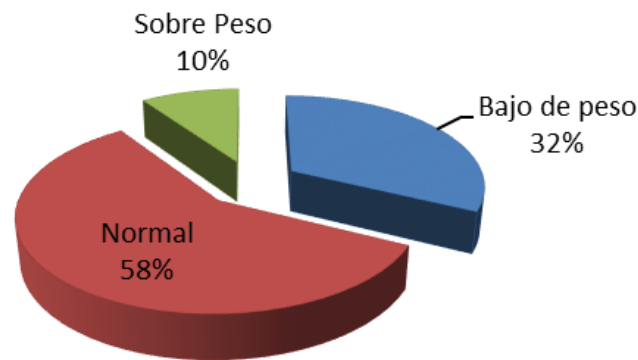
N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba de las muestras de tríceps para las mujeres es de 12,7 (± 5.8) y para los hombres es de 10,2 (± 3.7), podemos observar que el porcentaje de grasa de los tríceps de las mujeres es mayor que en la de los hombres, pues la mayoría de las evaluadas, físicamente presentan un masa corporal mayor en los brazos, de acuerdo a su condición de discapacidad, por eso nos dio un resultado significativo, pues la cantidad de mujeres es inferior a la de los hombres, y siendo esta una diferencia notoria las mujeres tiene una media mayor. La media en el caso del pliegue subescapular para las mujeres es de 17,0 (± 5.2) y para los hombres es de 10,6 (± 5.7), se evidencia nuevamente que en las mujeres hay una mayor cantidad de porcentaje grasa, la acumulación de grasa en la parte media del cuerpo, pectoral, abdomen, cintura, en las mujeres es mayor. Por último la media del pliegue de pantorrilla para las mujeres es de 11,7 (± 5.2) y para los hombres es de 8,6 (± 3.9), razones ya expuestas anteriormente.

Resultados obtenidos Body Mass Index (Índice de masa corporal)

Como sabes la composición corporal es importante, y como sabemos el IMC nos proporciona una relación entre el peso y la talla de las personas, así, se podrá saber si hay una acumulación de grasa o no, para esto se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Ahora bien, en el gráfico N° 3. Se presentan de forma agrupada los porcentajes del estado del IMC de los sujetos evaluados, así se da mayor claridad de la composición corporal con relación a la condición de discapacidad.



Gráfica No 3. Estado de valoración IMC con porcentaje

Como podemos observar en esta valoración, es que el 58% de la población está en un estado Normal, donde se considera que hay una cantidad de grasa adecuada en el cuerpo, seguido se encuentra que el 32% de los sujetos, presentan un bajo peso, asociado a desnutrición o a un estado de salud malo, en este caso, debido a la condición de discapacidad, en este estudio se presentan estos casos específicos, los cuales tienen estos tipos de discapacidad específico, Retraso Mental Leve y Moderado, Trastorno Fonológico-Tartamudo, Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, enfermedad motriz de origen cerebral-hemiparécia y por último X-Frágil.

Tabla 8: Características del IMC general y por sexo

	General	Mujeres	Hombres
N	31	11	20
Promedio	21,3	21,8	21,1
Máximo	26,7	26,7	26,7
Mínimo	14,3	16,4	14,3
Desviación Estándar	3,1	3,0	3,2

N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

La media del valor del IMC es de 21.3 (± 3.1) para el caso de las mujeres es de 21.8 (± 3.0) y para los hombres 21.1 (± 3.2), en el caso de las mujeres se presenta una diferencia de resultados de IMC, hay casos de igual cantidad, en relación del peso Normal, peso bajo y sobre peso, a diferencia de los hombres que presentan un estado de mayor cantidad de sujetos de bajo de peso, peso normal y sobre peso.

Resultados obtenidos del test de Modified Curl-up (Abdominales)

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos, donde mostramos los segundos que debían cumplir siendo este 40" seg, además de la cantidad de abdominales realizados en este tiempo, y la cantidad total que pudo realizar el sujeto después de este tiempo, sin pasar de 75 abdominales, esta prueba nos ayuda a medir la fuerza y resistencia abdominal.

Tabla 9: Frecuencia de resultado prueba Modified Curl-up (Abdominales)

ABD_SEG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	1	5%
25	1	18%
30	1	22%
35	2	26%
40	26	29%

ABD_SEG: Abdominales por segundo. Fuente: elaboración propia, 2014

Se observó en esta prueba que la el 29% (n=26) de la población en general, cumple con el mínimo de segundos establecido por la prueba de Brockport, cumpliendo así con los mínimos estándares para considera que hay fuerza y resistencia en este test, y que es aprobada por esta cantidad de sujetos. También se presentó que el 26% (n=2) solo alcanzaron a llegar a 35 seg, el 22%,18% y 5% de esta población solo alcanzaron 30, 25 y 6 segundos respectivamente, estos últimos 5 sujetos no cumplieron con el mínimo de segundos establecidos por la prueba, lo cual corresponde a una baja capacidad de resistencia abdominal, de los cuales una (1) pertenece al grupo de las mujeres y los demás (4) pertenecen al grupo de los hombres.

Tabla 10: Características de la cantidad de abdominales en mínimo 40 segundos, generales y por sexo

	General	Mujeres	Hombres
N	31	11	20
Promedio	19,2	20,6	18,6
Máximo	32,0	27,0	32,0
Mínimo	4,0	16,0	4,0
Desviación Estándar	6,1	3,1	7,1

N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba es de 19.2 (± 6.1) abdominales para el total de la población, para las mujeres es de 20,6 (± 3.1) y para los hombres es de 18,6 (± 7.1), logrando así concluir que hay más resistencia abdominal en las mujeres, a pesar de ser un grupo muy pequeño.

Tabla 11: Características de la cantidad total general y por sexo, prueba Modified Curl-up (Abdominales)

	General	Mujeres	Hombres
N	31	11	20
Promedio	31	30	32
Máximo	75	62	75
Mínimo	4	16	4
Desviación Estándar	17	13	19

N: Numero de sujetos. Fuente: elaboración propia, 2014

Como menciona en el manual de test Brockport, en esta prueba se puede realizar abdominales hasta completar 75 abdominales consecutivos, después de haber cumplido con los 40 segundos establecidos, los resultados obtenidos como se muestra en la *tabla 11*, han variado a la *tabla 10*, pues en este caso uno de los sujetos presenta una mayor cantidad de abdominales, y resulta sobresaliente en el conteo total, esto puede ser a nivel grupal, porque si comparamos estos dos grupos, hay sujetos que presenta un excelente resultado como hay otros que no, por ejemplo en el caso de los hombres, un solo sujeto presento el más deficiente resultado con cuatro (4) abdominales en la ejecución de la prueba.

Resultados obtenidos del test de Isometric push-up (Empuje hacia arriba)

Esta como lo mencionamos anteriormente nos ayuda a medir la fuerza y la resistencia de la parte superior del cuerpo.

Tabla 12: Frecuencia de resultados de la prueba Isometric push-up (Empuje hacia arriba)

ISO_MMSS (Segundos)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7	1	3%
22	1	10%
24	1	10%
31	1	14%
32	1	14%
34	1	15%
39	1	17%
40	24	17%

ISO_MMSS: Isometric push-up. Fuente: elaboración propia, 2014

Se observó en esta prueba que la el 17% (n=24) de la población en general, cumple con el mínimo de segundos establecido por la prueba de Brockport, Isometric push-up, cumpliendo así con los mínimos estándares para considerar y medir la fuerza y resistencia en la parte superior del cuerpo, los demás siete (7) sujetos como se muestra en la *tabla 12* presentaron la prueba y no completaron esta prueba, no cumpliendo los mínimos sugeridos por el manual, concluyendo que hay una escases de fuerza y resistencia de brazos y grupos involucrados con la parte superior del cuerpo.

Resultados obtenidos del test de Extended arm hang (Extensión de brazos)

Este test nos permite medir la fuerza y resistencia de mano, brazo, hombro, donde el sujeto de cuelga de una barra fija y se mantiene ahí el mayor tiempo posible.

Tabla 13: Rangos de 30 en 30 segundos y frecuencia de la prueba Extended arm hang (Extensión de brazos)

RANGOS FX_EXT_MMSS (30 EN 30) Segundos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(0-30)	21	68%
(11-61)	5	16%
(62-92)	3	10%
(93-123)	2	6%
Total General	31	100%

FX_EXT_MMSS: Extended arm hang. Fuente: elaboración propia, 2014

Se observa en esta prueba que la el 68% (n=21) de la población en general, presentan una baja fuerza y resistencia de los miembros superiores, un 16% (n=5) cumplen con el mínimo se encuentran en un rango de (31-61) logrando el mínimo de tiempo en segundos exigido por la prueba Brockport. Por último entre los rangos de (62-92); 10% (n=3) sujetos y (93-123); 6% (n=2) sujetos, están cumpliendo con el mínimo estándar solicitado de 40 segundos y además han sobresalido hasta (1'42"), tiempo máximo de un hombre.

Resultados obtenidos del test de Dominant grip strength (Dinamometría)

Como sabemos la dinamometría nos permite medir la fuerza isométrica, en este caso la fuerza de agarre máxima, de este tipo de población, a continuación presentamos la descripción de los datos de dinamometría tanto de mano derecha como izquierda.

Tabla 14: Rangos de 10 en 10 y frecuencia de la prueba Dominant grip strength (Dinamometría) mano izquierda y mano derecha

RANGOS DIN (10 EN 10)	FRECUENCIA DIN IZQ	PORCENTAJE DIN IZQ	FRECUENCIA DIN DER	PORCENTAJE DIN DER
(1-10)	3	10%	5	16%
(11-21)	13	42%	10	32%
(22-32)	13	42%	14	45%
(33-43)	2	6%	2	7%
Total General	31	100%	31	100%

DIN: Dinamometría. Fuente: elaboración propia, 2014

Como podemos ver en la *tabla 14* la relación de la fuerza es similar para cada mano, pues cada sujeto presento un resultado similar en cada una, podemos evidenciar que hay fuerza isométrica de agarre dentro de los rangos son muy buenos e incluso hay una presentación de fuerza en este caso de 6% (n=2) y del 7% (n=2) sobresaliente.

Tabla 15: Características de la prueba de dinamometría mano izquierda y mano derecha y por sexo

		DIN_IZQ	DIN_DER
Mujeres (n=11)	Promedio	2,0	14,9

	Máximo	26,5	29,5
	Mínimo	10,5	6,0
	Desviación Estándar	4,3	6,3
Hombres (n=20)	Promedio	24,6	25,4
	Máximo	39,5	38,5
	Mínimo	5,0	10,0
	Desviación Estándar	8,7	7,4

DIN: Dinamometría. Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba para las mujeres en la mano izquierda es de 2.0 (± 4.3) y para la mano derecha es de 14,9 (± 6.3), en el caso de los hombres en mano izquierda es de 24,6 ($\pm 8,7$) y para la mano derecha es de 25,4 (± 7.4) respectivamente, podemos evidenciar que en ambos grupos se evidencia una relación de fuerza en ambos casos de las manos, como es de suponer en comparación de estos dos grupos por sexo, los hombres tienen una mayor media, pues como sabemos su condición morfológica tiene mayor capacidad en fuerza isométrica que en las mujeres.

Resultados obtenidos del test de Modified Apley

Este test es aplicado en muchos casos por su facilidad de aplicación y su forma de evaluar, pues nos permite medir la flexibilidad superior del cuerpo.

Tabla 16: Frecuencia de resultados del test de Modified Apley

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	6	19%
1	5	16%
2	12	39%
3	8	26%
Total general	31	100%

Fuente: elaboración propia, 2014

Según los puntajes que nos proporciona el Brockport, para cada ejecución de la prueba podemos evidenciar que principalmente sobresale que el 39% (n=12) de los sujetos pueden tocar la parte superior de la cabeza del omoplato opuesto, siendo

esta cantidad superior que llegan a cumplir esta prueba, con las condiciones de discapacidad que tienen y sus alteraciones morfológicas, por otro lado si es evidente que el 26% (n=8) de la población pueden tocar el ángulo medial superior del omóplato opuesto, siendo un gran porcentaje que puede cumplir esta prueba sin ningún problema, entonces podemos decir que la relación con el anterior grupo, es de 12 a 8 con cuatro sujetos de diferencia, pero que con trabajo físico adecuado, lograremos subir estos sujetos a cumplir su prueba con satisfacción. Por otro lado hay casos en que la condición física, solo permitido tocar la boca y se presentó con el 16% (n=5) sujetos que no alcanzaron a tocar el omoplato, pero si logrando tocar su boca con la mano, por último el 19% (n=6) de la población no logro cumplir la prueba pues no se tocaban el omoplato y tampoco alcanzaban a tocar la boca, estos fueron incapaces de realizar esta prueba, pues se evidencio un problema morfológico mayor.

Resultados obtenidos del test de Back-Saver Sit and Reach

Como sabes esta prueba es de gran utilidad y el manual de Brockport, no la sugiere pues también es una test de gran facilidad para aplicar y que nos permite medir la flexibilidad de los músculos isquio-tibiales.

Tabla 17: Características de resultados negativos y positivos Sit and Reach

	General	Mujeres	Hombres
N	25	8	17
Promedio	-16,4	-13,75	-17,6
Mayor Negativo	-33	-21	-33
Menor Negativo	-5	-5	-6
N	6	3	3
Promedio	4,3	5	3,6
Mayor Positivo	8	8	8
Menor Positivo	0	1	0

Fuente: elaboración propia, 2014

Como podemos ver en la *tabla 17* los resultados obtenidos en el test de Sit and Reach, quisimos discriminarlos en valores negativos y positivos, para aprovechar la información recolectada, podemos evidenciar que la relación de los resultados es

similar, pues en el caso de las mujeres presentan mayor flexibilidad que los hombres, pero se guarda la relación en un menor negativo similar, podemos decir que la población en general tienen problemas de flexibilidad y como mide la prueba de los músculos isquio-tibiales, es deficiente, como se muestra en los resultados tanto de hombres como de mujeres el resultado positivo en esta prueba es de 8 positivo, sujetos con condición de discapacidad de Retraso Mental Leve y Trastorno bipolar y el otro sujeto presenta Síndrome de Down, respectivamente.

Resultados obtenidos del test de Modified Thomas

Esta test nos permite evaluar la longitud de los músculos flexores de la cadera, logrando así definir su flexibilidad con respecto a su condición de discapacidad y su modificación de la morfología.

Tabla 18: Características de la prueba Modified Thomas flexor de la cadera izquierda y derecha y por sexo

		THO_IZQ_MED	THO_DER_MED
Mujeres (n=11)	Promedio	6,6	5,7
	Máximo	22,5	20,0
	Mínimo	1,0	0,0
	Desviación Estándar	6,3	5,8
Hombres (n=20)	Promedio	5,9	5,4
	Máximo	14,5	10,0
	Mínimo	1,0	1,0
	Desviación Estándar	4,1	2,4

THO_MED: Medida test Thomas. Fuente: elaboración propia, 2014

La media de la prueba para las mujeres del flexor de la cadera izquierda es de 6.6 (± 6.3) y para la cadera derecha es de 5,7 (± 5.8), en el caso de los hombres en la cadera izquierda es de 5,9 ($\pm 4,1$) y para la cadera derecha es de 5,4 (± 2.4) respectivamente, podemos evidenciar que en ambos grupos se evidencia una relación de flexibilidad, como es de suponer en comparación de estos dos grupos por

sexo, las mujeres presentan una mayor media, por lo tanto son menos flexibles que los hombres.

Tabla 19: Frecuencia de resultados y porcentajes del test de Modified Thomas

CATEGORIA	FRECUENCIA THO_IZQ	PORCENTAJE	FRECUENCIA THO_DER	PORCENTAJE
0	6	3%	1	3%
1	5	29%	5	16%
2	12	68%	24	78%
3	-	-	1	3%
Total general	31	100%	31	100%

Fuente: elaboración propia, 2014

Según los puntajes que nos proporciona el Brockport, para cada ejecución de la prueba podemos evidenciar que principalmente hay un 3% (n=1) en la ejecución, en la segunda categoría la pierna no permanece en contacto con la superficie no mayor a 7 cm, aquí se representó con un 68% (n=12) en la elevación de la cadera izquierda y el 78% (n=24) en la cadera derecha, podemos evidenciar que la mayoría de la población se encuentra en este rango, por otro lado siguiendo el orden de categorías el 29% (n=5) en el caso de la cadera izquierda y el 16% (n=5), presentan un mayor levantamiento de la cadera, superando los 7,6 cm, lo que quiere decir que hay una flexibilidad, por último el 3% (n=6) en la cadera izquierda y 3% (n=1) de la cadera derecha, presentan un puntaje de 0, donde se categoriza que la cadera se levanta más de 15 cm, de la mesa, estos sujetos presentan un problema de algún lado de la cadera que no permite que este permanezca en el borde de la mesa, esto no quiere decir que en ambos casos de la medición se presenta, solo es a un lado respectivamente que está afectado, se considera que el adecuado proceso de educación física y acompañamiento especializado se lograría mejorar estos casos particulares.

Factores sociales y culturales relacionados con la actividad física

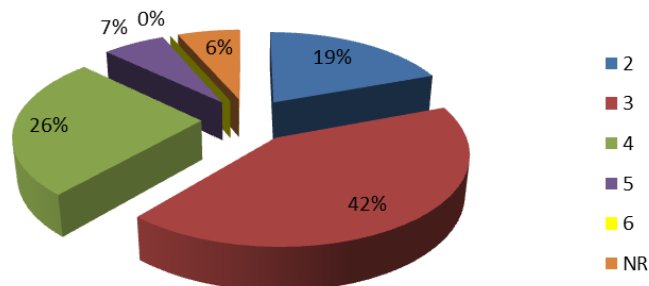
Las entrevistas semi estructuradas permiten a la investigación una mayor flexibilidad y dominio en la información que se quiere documentar así como también involucrar aspectos cuantitativos dentro de la misma información cualitativa ubicada en la entrevista y que hacen un aporte importante a los resultados de la investigación.

A continuación veremos aquellos resultados obtenidos luego de la aplicación de entrevistas semi estructuradas a los padres (cuidadores) de los 32 jóvenes con discapacidad cognitiva del municipio de cota Cundinamarca y lo que para ellos fue importante en aspectos de conocimientos actitudes y prácticas acerca de la actividad física y la discapacidad.

Estrato socioeconómico

Los estratos socioeconómicos son indicadores de los niveles de vida de la mayoría de las personas, en los que a mayor nivel económico así mismo es asignado el estrato, y de esta manera son realizados cobros y aportes por parte de la población en las diferentes ciudades y municipios de todo el país. Por esto se indaga sobre estos niveles en los jóvenes con discapacidad cognitiva y sus familias esperando desarrollar una relación entre sus niveles económicos y la participación en actividades físico deportivas, encontrando lo siguiente:

ESTRATOS SOCIOECONOMICOS

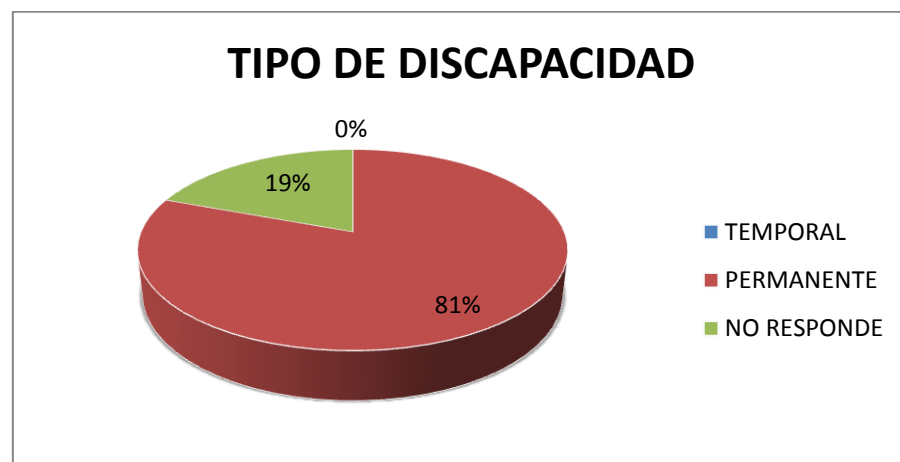


Gráfica No 4. Estratos socioeconómicos con porcentaje

El estrato 3 es el de mayor presencia con un porcentaje del 42%, seguido por el estrato 4 y un porcentaje de 26%, En seguida de estos vemos el estrato 2 con un porcentaje del 19% el estrato 5 con un porcentaje del 7%, el estrato 6 con un 0% y un índice de padres que no contestaron esta pregunta de un 6%.

Tipo de discapacidad

El tipo de discapacidad es una pregunta que indaga en la permanencia o no de la discapacidad generando la información inicial sobre la misma.

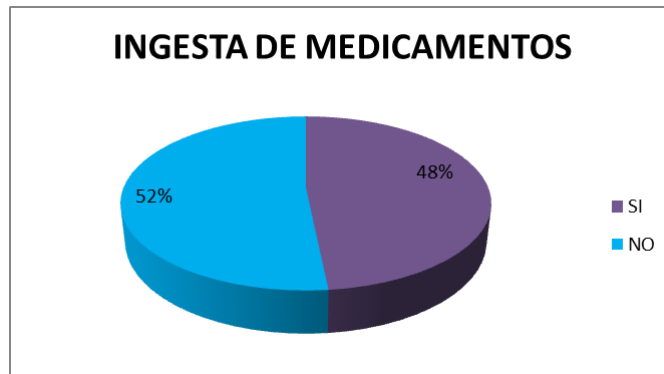


Gráfica No 5. Tipo de discapacidad con porcentaje

De acuerdo a la gráfica vemos como la presencia de la discapacidad permanente y el conocimiento de la misma por parte de los padres y cuidadores es total evidenciando un porcentaje de 81% y un 0% de discapacidad temporal, así como también un 19% de personas que no responden a esta pregunta.

De lo que podemos analizar que la gran mayoría tienen un concepto claro sobre la incidencia de la discapacidad y que esta no es una situación temporal si no por el contrario permanente en sus jóvenes.

Toma medicamentos



Grafica No 6. Ingesta de medicamentos con porcentajes

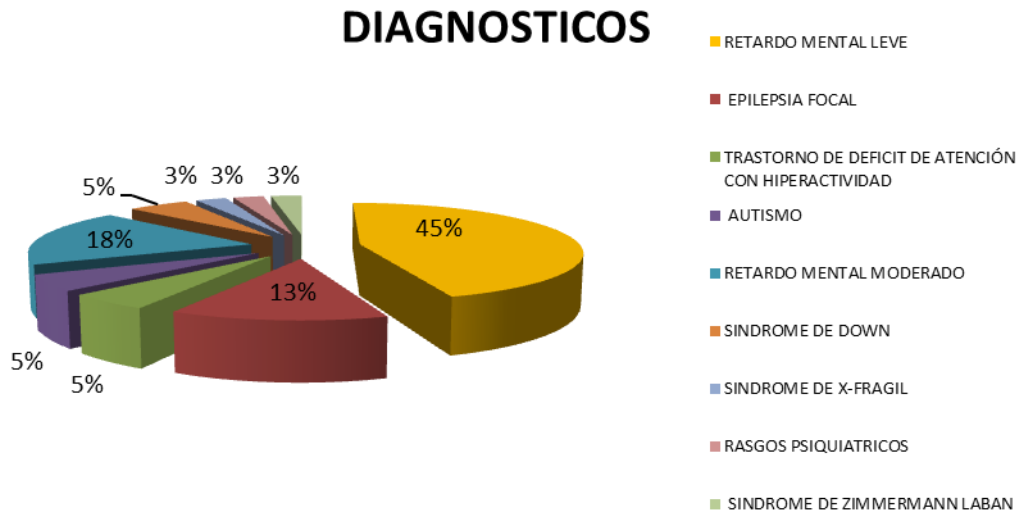
En algunos casos las personas con discapacidad presentan algunos requerimientos médicos como lo es el consumo de medicamentos especiales para sobrellevar cuestiones como episodios epilépticos, diabetes o afines encontrando la siguiente información.

La ingesta o consumo de medicamentos es un aspecto en el que se evidencia un equilibrio entre los jóvenes que deben ingerir por alguna circunstancia en especial algún tipo de medicamento con un porcentaje de 48% y aquellos que no con un porcentaje del 52%.

De acuerdo a lo identificado en las entrevistas las causas más frecuentes por las que se encuentran medicados dichos jóvenes se debe a convulsiones e hiperactividad.

Diagnóstico médico

Los diagnósticos hacen parte de la información de mayor importancia y en la que se basa la investigación, siendo estos se identifican y caracterizan poblaciones que padecen de la misma o similar condición, teniendo gran prevalencia la información arrojada por cada uno de sus cuidadores y así obtener los siguientes datos.



Grafica No 7. Diagnósticos con porcentajes

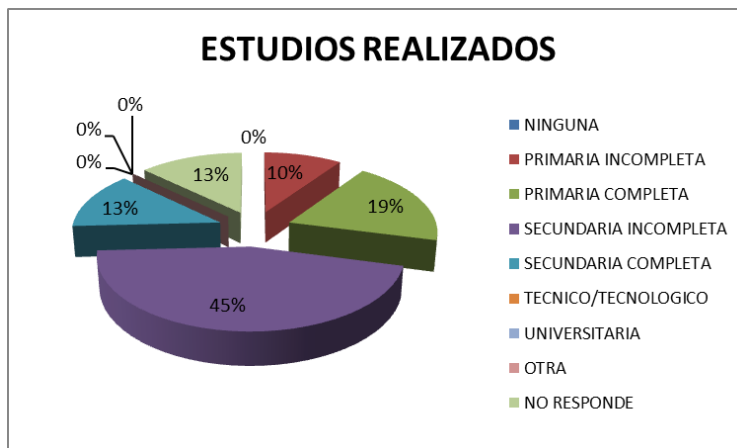
Los diagnósticos que se observan en la gráfica No 7, corresponden al total de la población con la que se realizaron las pruebas físicas, y quienes debían tener una característica en común, su condición de discapacidad intelectual (retardo mental leve) y luego de esto se hace evidente la aparición de otros diagnósticos de mayor repetición, entre los que encontramos:

- Retardo mental leve con un porcentaje del 45%
- Retardo mental moderado con un 18%
- Epilepsia focal con un 13%
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, autismo y síndrome de Down los tres diagnósticos con porcentajes del 5% cada uno.
- Así como también el síndrome de x frágil, rasgos psiquiátricos y el síndrome de zimmermann laban con un porcentaje del 3% cada uno.

Se debe aclarar que en esta grafica surge más de las 31 respuestas de diagnósticos, ya que muchos de los jóvenes poseen más de 1 diagnóstico.

Nivel educativo de los jóvenes con discapacidad

De acuerdo a la entrevista hay gran variedad entre las edades y el último grado cursado por parte de los jóvenes que hacen parte de la investigación, en los que encontramos la siguiente información.



Grafica No. 8 estudios realizados de los jóvenes con discapacidad

Un aspecto muy importante es ver como a pesar de los diferentes estratos y posibilidades económicas de los jóvenes, todos se encuentran escolarizados y en algún grado de educación ya sea adaptada o formal.

Encontramos que un porcentaje del 45% se encuentran en algún grado de la secundaria, el 19% primaria completa a pesar de estar en edades superiores al rango de las edades en las que normalmente se encuentran ubicados en los niveles de escolaridad comunes, también encontramos que un 13% tienen la secundaria completa y en la misma cantidad no responden a la pregunta realizada.

Nivel educativo de los padres

En este caso la información es bastante variada, y tienen relación con las posibilidades económicas y la búsqueda de una mejor calidad de vida según lo manifestado por los mismos padres en el momento de las entrevistas las necesidades de aprendizaje y de mejor posición para cubrir las necesidades de sus hijos.

Siendo evidente que los padres buscaron siempre informarse o finalizar sus estudios para encontrar trabajos que les dieran mejores opciones económicas ya que requerían tanto de dinero como de información clara para desempeñarse como padres de jóvenes con discapacidad cognitiva.

Así pues encontramos lo siguiente:



Gráfica No.9 estudios realizados de padres con porcentajes.

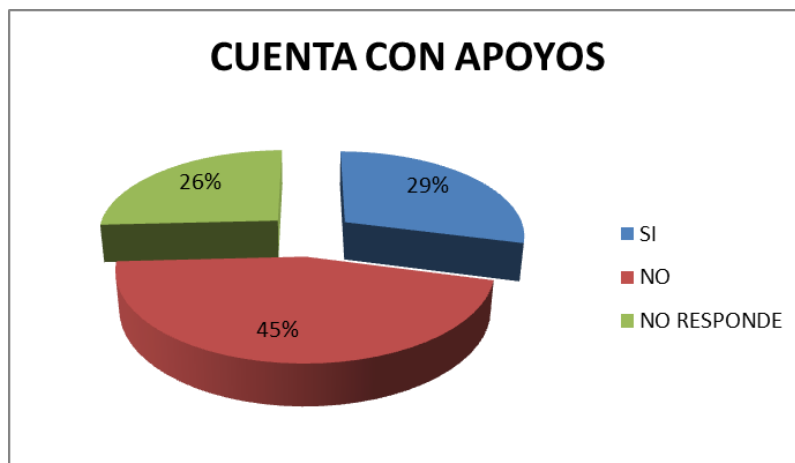
De acuerdo a lo visto en la gráfica, identificamos un alto grado de padres que han terminado estudios básicos, secundarios completos, técnicos o tecnológicos, universitarios e incluso otros como posgrados o especializaciones de la siguiente forma.

- Un 4% de los padres no ha realizado ningún estudio y en el mismo porcentaje los padres que realizaron estudios en secundaria incompleta.
- Un 8% de los padres no finalizó los estudios universitarios.
- Un 15% secundarios completos y el mismo porcentaje estudios técnicos o tecnológicos.
- Un 15% ha realizado estudios adicionales sobrepasando los universitarios haciendo parte del grupo que ha realizado otros estudios.

- Un 39% que hace referencia a los padres que finalizaron sus estudios universitarios.

Redes de apoyo

El área de los apoyos hace referencia a todas estas ayudas que los padres pudieron tener o tienen a su disposición para favorecer o mejorar las condiciones de participación o de calidad de vida de sus hijos ya sean económicos, educativos, logísticos etc. Pero que muchos no poseen dentro de los que encontramos la siguiente información de si los poseen o no.



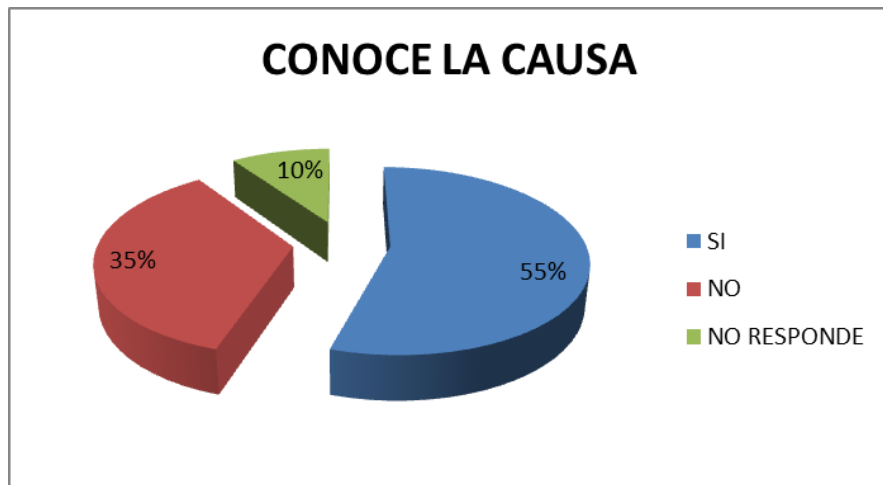
Gráfica No.10 apoyos con porcentajes.

Esta grafica nos demuestra como la mayoría de los padres lamentablemente no cuentan con ningún apoyo o en el peor de los casos no tienen conocimiento de las posibilidades de apoyo que podrían tener, encontrando así:

- El 29% de los padres cuentan o tienen apoyos de diferentes medios para el proceso de formación y acompañamiento de sus hijos.
- El 26% de los padres no responde a esta pregunta y manifiestan en muchos casos no reconocer que apoyos podrían tener.
- El 45% responde claramente que no poseen ningún apoyo.

Conocimientos de los padres frente a la discapacidad, actividad física y deportes

Muchas veces las causas de una discapacidad pueden ser claras para quienes las poseen de manera permanente por accidentes o sucesos médicos inesperados, pero esta pregunta hecha a padres de jóvenes con discapacidad cognitiva arroja resultados muy interesantes en los que vemos que:



Grafica No 11 conocimientos causa de la discapacidad con porcentajes

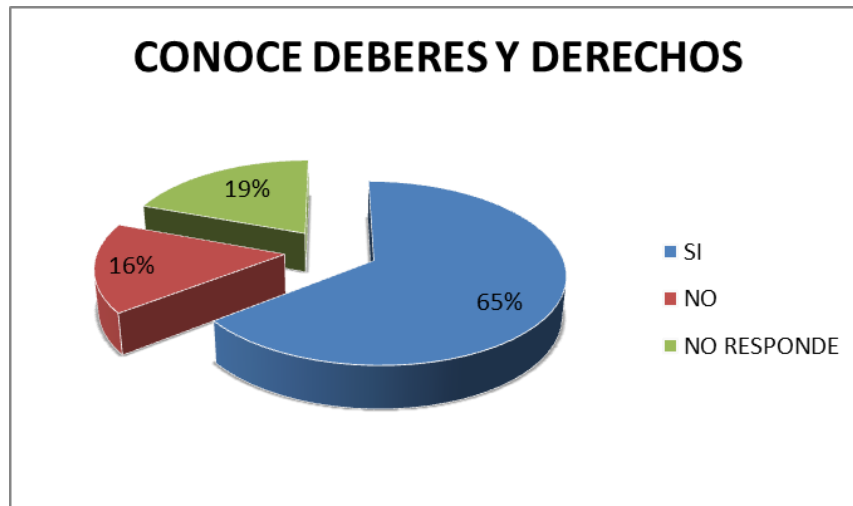
Aunque el porcentaje de padres que tiene el conocimiento claro de lo que causó la discapacidad en sus hijos es de 55%, siendo alto. Es bastante inquietante que los padres que desconocen la causa también sean altos para el total de la población a la que se evaluó con un porcentaje de 35% que no conocen la causa de la discapacidad.

Y un 10% que no responden a esta pregunta en muchos casos por que no identifican una única causa y se les presentan demasiadas confusiones en la identificación de la causa.

Conocimiento de los deberes y derechos de las personas con discapacidad

Los deberes y derecho son de obligatorio conocimiento, aunque las personas convencionales no los conocemos en su totalidad identificamos los principales.

Pero en el caso de las personas con discapacidad, los padres conocen sus deberes y derechos.



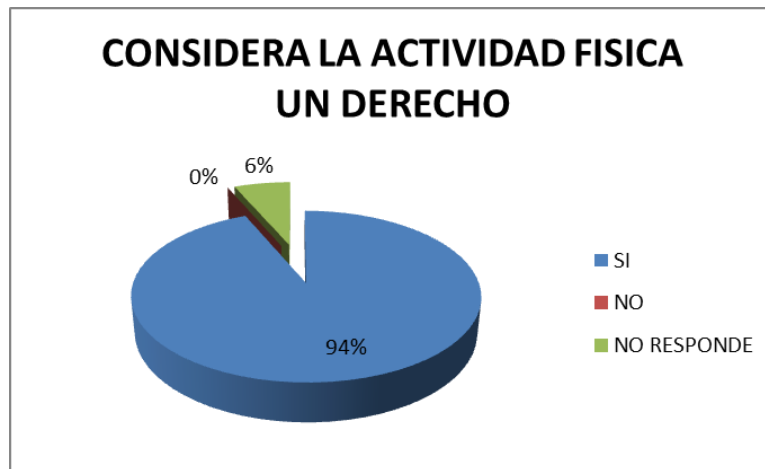
Grafica No. 12 conocimiento de deberes y derechos

Es bastante satisfactorio identificar que un porcentaje de 65% de los padres conocen o identifican los principales deberes y derechos de las personas con discapacidad ya que esto hace que no se vean vulnerados y sepan suplir las necesidades de acuerdo a sus derechos.

Un 16% menciona no conocer los derechos y deberes y un 19% no responde a esta pregunta.

Actividad física y el deporte derecho de las personas con discapacidad.

La actividad física es vista de diferentes formas para las personas en la sociedad, pero cuestionamos a los padres sobre si es visto por ellos como un derecho evidenciando lo siguiente:



Grafica No.13 considera la práctica de la actividad física y el deporte un derecho con porcentajes

El 94% de los padres identifica la práctica de actividad física deporte y recreación como un derecho para todos los niños y jóvenes con discapacidad cognitiva ya que esto les permite mejorar sus relaciones sociales y su desarrollo físico siendo mencionado por varios de los padres que respondieron a esta pregunta.

Tan solo un 6% no respondieron a esta pregunta.

Ha notado que la persona con discapacidad presenta algún problema para la ejecución de actividades físicas

Esta pregunta cuestiono bastante a los padres de familia ya que se encontraba un grupo dividido al que la mayoría del tiempo se cuestionaban si sus hijos sentían alguna molestia o tenían algún problema durante las ejecuciones físicas que les llamaban la atención y otro grupo de padres que no se fijaban demasiado en este aspecto. De acuerdo con esto encontramos lo siguiente:



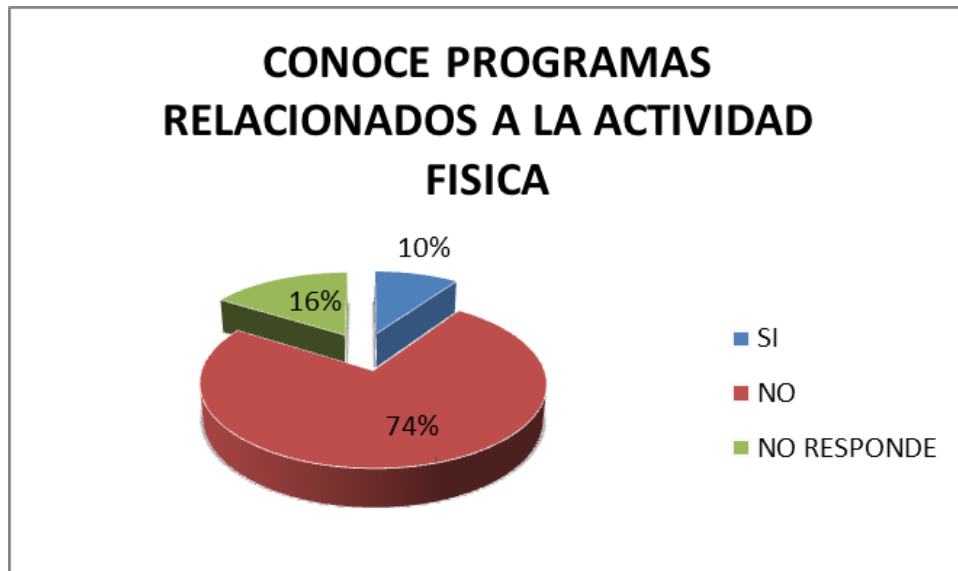
Grafica No.15 reconocen problemas en la ejecución de actividad física con porcentajes

Se evidencia que el 55% de los padres noto que sus hijos no presentaban ningún inconveniente o problema en la realización de actividades físicas, mientras que un 19% si lo hacen evidente relacionándolo con dolores articulares y problemas respiratorios de poca atención o incluso aspectos como la pereza en ciertas ocasiones.

El 26% de los padres no contestaron a esta pregunta.

Conoce programas relacionados a la actividad física dirigidos a personas con discapacidad

En la sociedad actual el deporte se encuentra en un auge más que importante, y esto no está de lado de la población con discapacidad en general, es por esto que cuestionamos a los padres sobre si conocían programas enfocados a esta población encontrando datos muy importantes.



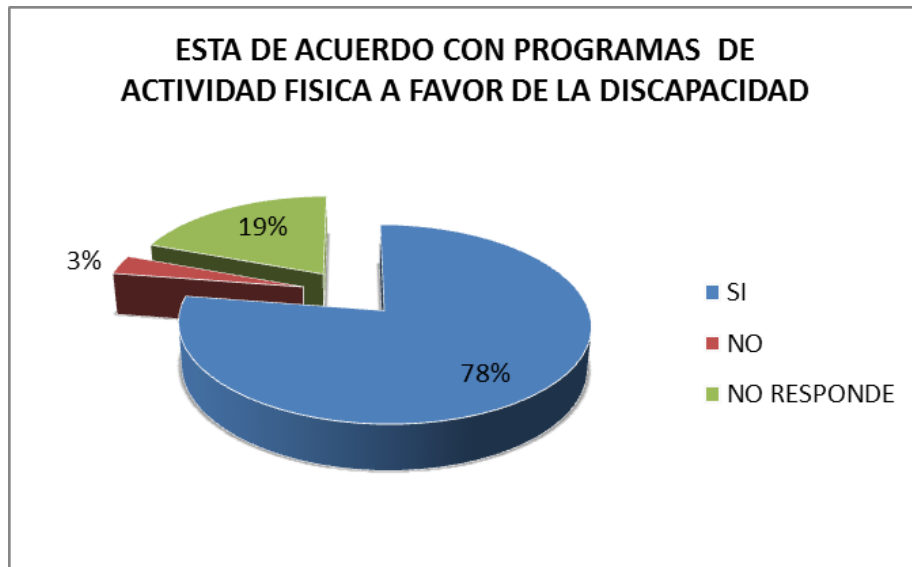
Grafica No.17 Conoce programas de actividad física para personas con discapacidad.

En este punto es algo preocupante ver estos resultados en cuanto al desconocimiento y la falta de programas especializados a personas con alguna discapacidad, lo que no quiere decir que no los haya pero su desconocimiento o falta de publicidad los hace casi invisibles a los padres de jóvenes interesados en que sus hijos sean más que asistentes a una escuela de formación convencional y se conviertan en jóvenes competitivos.

Así vemos resultados en los que el 10% de los padres conoce algún programa relacionado a la actividad física para personas con discapacidad, el 16% no respondió a nuestra pregunta y el 74% no conoce ningún programa que sea relacionado a la práctica de actividad física de personas con discapacidad.

Está de acuerdo con los programas de actividad física a favor de la discapacidad

Teniendo en cuenta la información del conocimiento de los programas, se cuestiona a los padres sobre si están o no de acuerdo con desarrollar programas de actividad física a favor de la discapacidad en lo que encontramos



Grafica No.18 Está de acuerdo con programas de actividad física

Que el 78% de los padres está de acuerdo con el desarrollo creación o promoción de programas de actividad física, un 3% dice que no están de acuerdo y un 19% no responde.

Actitudes de los padres frente a la discapacidad, la actividad física y el deporte

Considera que las personas con discapacidad pueden realizar actividad física

Teniendo en cuenta que la mayoría de los padres considera que la práctica de actividad física es un derecho esta pregunta nos hace más claro el panorama de si les permiten la realización de actividad física encontrando que la gran mayoría de los padres encuestados permite que sus hijos participe y realicen actividades físicas llenando un porcentaje del 94% un 0% de padres que se niegan a que los jóvenes realicen actividad física y un 6% que decidieron no contestar esta pregunta.

Lo que nos acerca a que las limitantes de la práctica de actividad física muchas veces no son impuestas por los padres de familia si no por aspectos externos que cohiben a los padres de la interacción o el ingreso de sus hijos a actividades relacionadas con la actividad física el deporte y la recreación

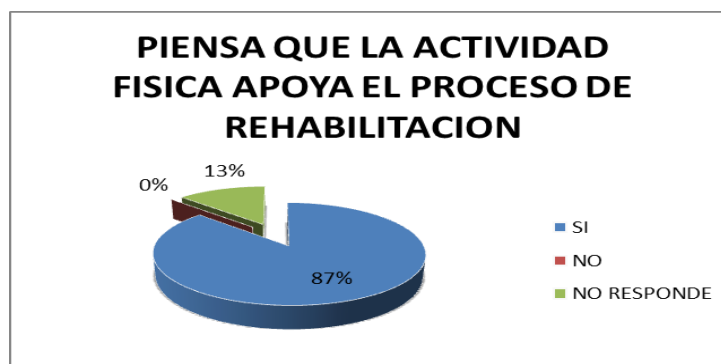


Grafica No.14 posibilidad de realizar actividad física con porcentajes.

Así pues evidenciando que la mayoría de los padres permiten que sus hijos participen de actividad física relacionamos los deportes que hacen mayor presencia y son de mayor interés para los jóvenes con discapacidad cognitiva:

- Fútbol
- Natación
- Atletismo
- Capoeira adaptada

Considera que la actividad física apoya el proceso de rehabilitación de una persona con discapacidad



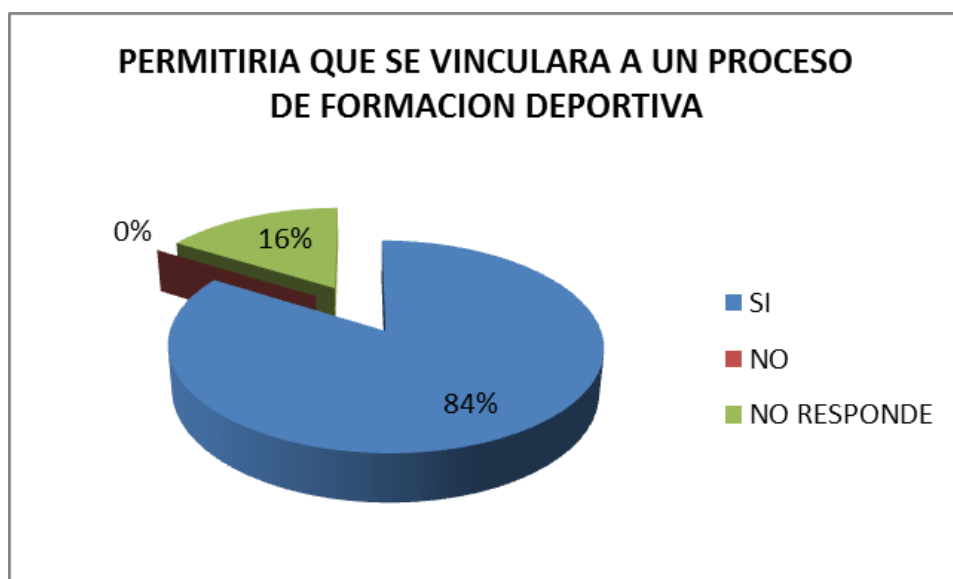
Grafica No.16 piensa que la actividad física apoya el proceso de rehabilitacion con porcentajes

Las actividades físicas han sido ampliamente relacionados con procesos de rehabilitación, y este cuestionamiento se hace presente indagando a cada padre de familia sobre si piensan que apoya este proceso o no, encontrándonos con porcentajes bastante elevados de respuestas positivas y de comentarios de los padres en los que manifestaban que permitían que sus hijos realizaran actividades físicas por que evidencian mejoras en el desempeño de sus hijos y notaban sus cambios en las habilidades y desarrollo físico.

El 87% de los padres considera que la actividad física si apoya el proceso de rehabilitación, mientras que un 0% menciona lo contrario, y un 13% no responden a esta inquietud.

Permitiría que si hijo o hija se vinculara a un proceso de formación deportiva

Las escuelas de formación deportiva son organizaciones que se enfocan en desarrollar un deporte o varios a la población en diferentes edades de formación, pero como ya lo mencionamos para las personas con discapacidad es mínima la oferta de estos servicios, es entonces cuando cuestionamos a los padres luego de todas las preguntas anteriores sobre si ellos permitirían que sus hijos hicieran parte de programas de formación deportiva organizados y establecidos de forma competitiva para su participación social y desarrollo de habilidades.



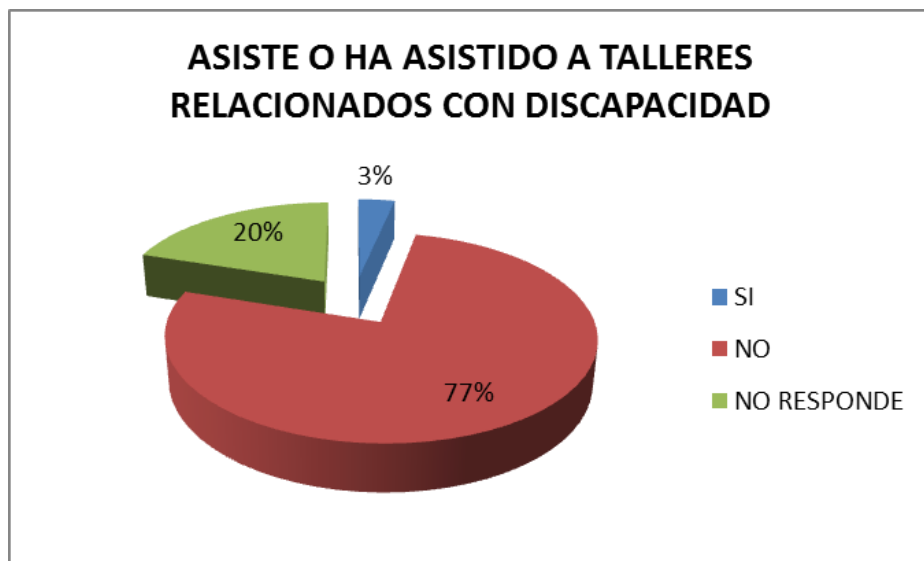
Grafica No.19 Vinculación a procesos de formación deportiva

De acuerdo con la gráfica vemos como el interés de los padres por permitir a sus hijos asistir a programas de actividad física alcanza un 84% y un 0% de los padres dice que no, y un 16 % no responden.

Prácticas de los padres frente a la discapacidad, la actividad física y el deporte

Asiste o ha asistido a talleres relacionados con discapacidad

La información de diferentes temáticas es un aspecto muy importante, ya que permite a los padres de jóvenes con discapacidad aprender e identificar formas de proceder en diferentes campos de la vida de sus hijos, como lo son aspectos psicológicos, sexuales, comportamentales, físicos, recreativos y demás, por esto cuestionamos a los padres sobre si ellos asistían a talleres o programas a fines en donde les dieran algún tipo de información de discapacidad.



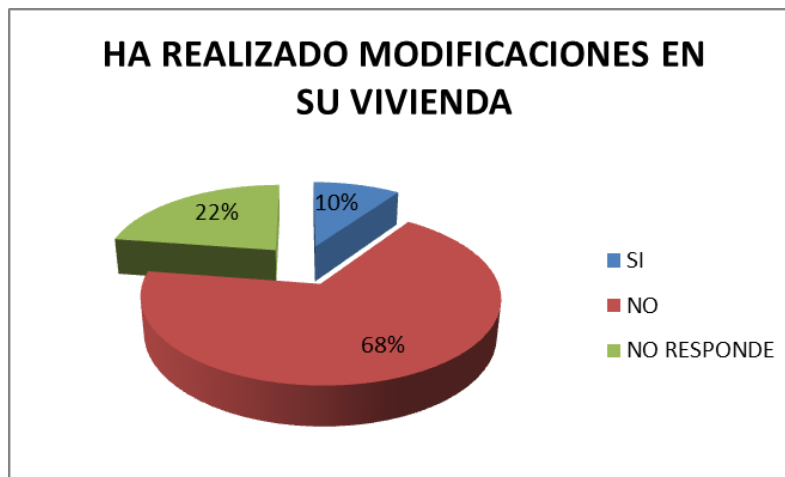
Grafica No.20 Asiste a talleres relacionados con discapacidad.

Lamentablemente la información que arroja esta pregunta es muy serio ya que el 77% de los padres no asiste y en muchos casos ni siquiera tiene conocimiento de que estos talleres se realicen tan solo el 3% de los padres ha asistido alguna vez a talleres de este tipo y el 20% no responde.

Lo que nos hace pensar que este es un factor en el cual se debe trabajar ampliamente y en el que se lograrían amplios avances en cuanto a conocimientos de los padres de familia de jóvenes con discapacidad.

Ha realizado modificaciones o cambios en su vivienda

Cuando se habla de las personas con discapacidad muchas veces se piensa que sus necesidades locativas son demasiadas, es por esto que realizamos esa pregunta a los padres de estos jóvenes dando como resultado lo siguiente:



Grafica No.21 Modificaciones en la vivienda

Esta grafica nos evidencia como el 68% de los padres manifiesta no haber realizado ninguna modificación a su vivienda o a espacios en los que permanezca con su hijo ya que no ha sido necesario, un 10% de los padres ha modificado en aspectos mínimos su vivienda o lugares específicos para mejorar o facilitar la calidad de vida de sus hijos, el 22% no responde.

Conocimientos, actitudes y prácticas de padres en relación con la discapacidad y el deporte

- ✓ En las siguientes tablas se organiza la información recolectada por medio de las entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los padres de familia de los jóvenes con discapacidad cognitiva ubicándolas de acuerdo a la pregunta realizada y las respuestas más frecuentes o
- ✓ significativas y dándoles una categoría (según la clasificación de la CIF) encontrando lo siguiente.

PREGUNTA	RESPUESTA DE PADRES	CLASIFICACION
PARA USTED QUE SIGNIFICA DISCAPACIDAD?	ES UNA PERSONA QUE PRESENTA DEBILIDADES EN UNAS COSAS PERO CAPACIDADES EN OTRAS	COMPONENTES CORPORALES Y DE FUNCIONAMIENTO
	LA DISCAPACIDAD ES UNA CONDICION PRESENTE EN ALGUNAS PERSONAS DE DIFERENTES FORMAS, FISICAS, MENTALES, O SENSORIALES QUE HACEN QUE NECESITEN DE APOYO MAYOR A LOS DE LAS PERSONAS DEL COMUN	
	UNA PERSONA QUE TIENE UNA CONDICION DIFERENTE PERO QUE PUEDE DESARROLLARSE EN COMUNIDAD COMO CUALQUIER PERSONA	
	SON PERSONAS QUE TIENEN DIFICULTADES, COGNITIVAS O FISICAS, PERO QUE DESARROLLAN HABILIDADES DE OTRAS MANERAS	
	ES LA LIMITACION QUE TIENE UN SER HUMANO PARA PODERSE DESARROLLAR FISICA O MENTAL Y NO PUEDE TOMAR DESICIONES SI SOLO	
	DISCAPACIDAD ES CUANDO LA PERSONA NO PUEDE REALIZAR TODAS SUS FUNCIONES POR SI SOLO	
	DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS O MENTALES	
	ES UNA LIMITACION FISICA, COGNITIVA QUE LE IMPIDE DESARROLLAR AL 100% SUS CAPACIDADES	
	TENER UNA LIMITACIÓN SEA FISICA O MENTAL	
	TIENEN CONDICIONES ESPECIALES BIEN SEA FISICAS O INTELECTUALES	
	SIGNIFICA UNA PERSONA CON LIMITACIONES FISICAS Y MENTALES	
	NO TENER TODAS LAS HABILIDADES FISICAS, INTERLECTUALES ECESARIAS PARA DESARROLLARSE POR SI MISMO	
	ES LA FALTA DE HABILIDAD O DISMINUCION EN ELLA	
	UNA PERSONA QUE NO PUEDE VALORARSE POR SI MISMA	FACTORES AMBIENTALES
	ES LA LIMITACION QUE TIENE UN SER HUMANO PARA PODERSE DESARROLLAR FISICA O MENTAL Y NO PUEDE TOMAR DESICIONES SI SOLO	
	ES UNA DIFICULTAD Y UN CAMINO LARGO Y LENTO DE RECORRER	
	ES UNA PERSONA CON DIFERENTES CAPACIDADES Y ALGUNAS DIFICULTADES AL RELACIONARSE O REALIZAR ALGO	
	LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON SERES CON UNA DIFICULTAD EN SUS CAPACIDADES	
	QUE UNA PERSONA NECESITA UN APOYO FISICO Y MORAL Y ECONOMICO PARA SALIR ADELANTE	
	ES UNA CONDICION	
	TENER CARACTERISTICAS ESPECIALES	
	DIFICULTAD PARA ENTENDER ALGUNAS COSAS Y REALZIAR OTRAS	
	ES ALGO QUE SE DIFICULTA AL REALIZAR COMO PERSONA	

- ✓ En la segunda tabla encontramos la siguiente pregunta: ¿Qué piensa usted de la persona con discapacidad a su cargo? Siendo las respuesta organizadas en tres grupos factores de actividades, factores de tipo ambiental-social y los factores ambientales individuales en las que los padres mencionan la importancia en el progreso de aprendizaje, capacidades, emociones, y actitudes para su autonomía.

PREGUNTA	RESPUESTA DE PADRES	CLASIFICACION
QUE PIENSA USTED DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD A SU CARGO	ES UNA PERSONITA CON MUCHAS CAPACIDADES	FACTOR DE ACTIVIDADES
	ES UN NIÑO CAPAZ DE PRACTICAR JUEGOS Y EJERCICIOS QUE LE GUSTAN (MUCHOS LE LLAMAN LA ATENCION Y LO PRACTICAN	
	PERSONAS CAPACES DE TODO, NECESITAN APOYO CONSTANTE	
	HA DESARROLLADO MUCHAS HABILIDADES EN SU VIDA, EL CICLISMO Y LA EQUITACION CONYTRIBUYE A SU DESARROLLO FISICO Y MENTAL	
	ES UNA PERSONA MUY CAPAZ DE REALIZAR CUALQUIER COSA, INCLUSO ES UNA PERSONA QUE APRENDE DE TODO	
	QUE TIENE GRANDES CAPACIDADES Y ES MUY ALEGRE, JUICIOSA Y RESPONSABLE	
	ES UNA NIÑA MUY ALEGRE, CON MUCHAS GANAS DE APRENDER .	FACTORES AMBIENTALES-SOCIALES
	QUE ES UNA NIÑA MUY INDEPENDIENTE, ALEGRE, AMOROSA QUE NOS HA ENSEÑADO MUCHAS COSAS EN EL TRANSCURRIR DE SU VIDA	
	QUE ES UNA PERSONA MUY HUMILDE	
	QUE ES UN SER MARAVILLOSO QUE HA CAMBIADO MI VIDA Y MI PENSAMIENTO	
	QUE ES UN GRAN APOYO Y BENDICION EN MI VIDA	
	QUE ES UNA PERSONA NORMAL, SOLO SE LE DIFICULTAN ALGUNAS COSAS PEQUEÑAS	
	QUE ES UNA BENDICION DE DIOS Y HAY QUE LUCHAR HASTA EL FINAL PORR QUE SEA INDEPENDIENTE Y NO VERLA COMO UNA CARAGA Y QUE SE SIENTA UTIL PARA ELLA MISMA	
	ES NUESTRO ANGEL NUESTRO TESORO, DESAFORTUNADAMENTE NO HA CONTADO CON EL APOYO DE UNA FAMILIA, ABUELOS,TIOS PRIMOS	
	QUE ES UNA PERSONA MUY ACTIVA Y ESTA DISPUESTO A DAR MAS DE LO QUE PUEDE	
	ES MI HIJO Y LA DISCAPCIDAD ES ALGO LEVE QUE NO GENERA IMPEDIMENTO ALGUNO	
	UN HIJO ESPECIAL NOS HACE PADRES ESPECIALES, SON PERSONAS QUE DAN MUCHO AMOR E IGUALMENTE LO DESPIERTAN	
	QUE LE COLOCA MUCHO ESFUERZO A LO QUE HACE	
	QUE ES EL AMOR DE MI VIDA	
	BUENA ACTITUD, NOBLE, BUENA DISPOSICIÓN, POCO AMIGO DEL EJERCICIO PERO POR FALTA DE COSTUMBRE	FACTORES AMBIENTALES-INDIVIDUALES
	QUE ES UN NIÑO MUY INTELIGENTE Y QUE PUEDE SALIR ADELANTE	
	QUE ES UN GRAN NIÑO QUE HA TENIDO GRANDES DIFICULTADES PERO HA MEJORADO Y CAMBIADO EN SUS ACTITUDES	
	QUE ES UN GRAM NIÑO QUE PARENDE MUY RAPIDO, Y SOLO SE LE DIFICULTA CONTROLAR SU TEMPERAMENTO	
	QUE SON PERSONAS MUY INTELIGENTES QUE QUEREN SER COMO PERSONAS NORMALES	
	ES UNA PERSONA CON UNA GRAN ACTITUD POR DESCUBRIR Y DESARROLLAR	

- ✓ en la tercera tabla encontramos una pregunta que cuestiona a los padres por sus sentimientos al momento de conocer el diagnostico de sus hijos siendo clasificados dentro de los factores ambientales-personales y la descripción de los sentimientos predominando en ellos el temor y desconocimiento de la situación o manejo de la discapacidad en ese momento.

PREGUNTA	RESPUESTA DE PADRES	CLASIFICACION
QUE SINTIO AL SABER EL DIAGNOSTICO O SITUACION DE LA PERSONA A SU CARGO	DESCONCIERTO, MIEDO	FACTORES AMBIENTALES-PERSONALES
	CONFUSION	
	ME ENTRISTECE MUHO Y SUFRI AL VER A MI HIJA EN ESE PROBLEMA	
	TEMOR PERO LUEGO ME DEDIQUE CON TODO A ELLA	
	NERVIOS, TRISTEZA,TEMOR	
	MIEDO	
	ME SENTI TRISTE PERO AL MISMO TIEMPO DI GRACIAS A DIOS POR QUE MI HIJA SE VALE POR SI MISMA COMO OTROS NIÑOS	
	MIEDO-FRUSTRACION-CULPA	
	ES MI HIJO Y APRENDI HA ACEPTAR LA DISCAPACIDAD Y APRENDER A AYUDARLO	
	FUE DESDE BEBE Y EN ESE MOMENTO HASTA AHORA ME HE SENTIDO MOTIVADA PARA HACER DESAPARECER ESA SITUACIÓN	
	AL COMIENZO DESCONCIERTO Y SENTIMIENTO DE FRUSTRACIONPERO ESO QUEDO ATRÁS, PERO HOY EN DIA DOY A GRACIAS A DIOS POR UN SER ESPECIAL	
	INICIALMENTE TRISTEZA Y TAMBIEN INCAPACIDAD CON EL TRANSCURRIR DEL TIEMPO HA SIDO UNA OPORTUNIDAD PARA AYUDAR EN SU DESARROLLO Y COMO INTEGRACION FAMILIAR	
	TRISTEZA	
	ME SENTI MORIR	
	UN RETO POR SUPERAR Y A SU VEZ UNA POSICION DE VISTA DIFERENTE DEL MUNDO	
	AL COMIENZO ES DIFICIL ACEPTARLO PERO CADA DIA QUE PASA HAY QUE ACEPTARLO Y COLABORARLES	
	PREOCUPACION, Y NECESIDAD DE INFORMARME	
	MUCHA TRISTEZA AL COMIENZO PERO ESO AHORA ME DIO MUCHA FORTALEZA PARA SALIR ADELANTE CON EL NIÑO	
	TRISTEZA, PREOCUPACIÓN,ANGUSTIA	
	MIEDO ANGUSTIA FRUSTRACION, NECESIDAD DE APRENDER PARA AYUDARLE	

- ✓ En la cuarta tabla encontramos una pregunta en la que los padres debían cuestionarse sobre si se han visto afectado en sus actividades cotidianas encontrando una división ubicando un grupo en los factores ambientales-personales ya que evidenciaban poca afectación y mucha autonomía de sus hijos y del otro lado los factores ambientales-sociales por parte de este grupo de padres que buscan apoyo de otros sectores para no afectarse tanto en dicho aspecto como deportes y actividades artísticas para mejorar las dificultades.

PREGUNTA	RESPUESTA DE PADRES	CLASIFICACION
DESDE QUE ASUMIO SER CUIDADOR, ¿Cómo HA AFECTADO ESTO EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?	TENGO QUE ESTAR MUY PENDIENTE DE ELLA	FACTORES AMBIENTALES-PERSONALES
	MAS ATENCION E INFORMACION SOBRE TODOS LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD	
	AL PRINCIPIO PARA DEDICARLE MAS TIEMPO PERO AHORA ES MUY INDEPENDIENTE	
	CUANDO ERA PEQUEÑA POR QUE NECESITABA MAS ATENCION Y CUIDADOS PERO AHORA ES MI APOYO EN LA CASA Y CON SU HERMANA	
	PIENSO QUE NO ME HA AFECTADO, SOLO LLEVARLA AL MEDICO Y ESTAR PENDIENTE DE LOS MEDICAMENTOS	
	MI VIDA GIRA EN TORNO A ELLA YA NO TENGO VIDA	
	ME SALI DE MI TRABAJO Y ME DEDIQUE A CUIDARLO Y AYUDARLO A DESEMPEÑAR TODO	
	HEMOS TENIDO QUE REPARTIR MEJOR EL TIEMPO Y DEDICARLE MAS ATENCION	
	COMPLICADO, TRABAJAR PARA MANTENERLOS Y CUIDARLOS	
	DEBO ESTAR PENDIENTE DE EL MAS TIEMPO	
	NO ME AFECTO MUCHO SOLO EN MI TRABAJO PERO AHORA YA NO POR QUE EL NIÑO TAMBIEN ESTA OCUPADO Y YO ESTOY TRANQUILA	
	HEMOS CAMBIADO NUESTRA FORMA DE PENSAR, PERO ESTAMOS MAS TIEMPO CON ELLA Y NOS HACE MUY FELIZ	FACTORES AMBIENTALES-SOCIALES
	NO LO ASUMIMOS COMO UNA AFECTACION, SI NO COMO UNA OPORTUNIDAD PARA DARLE MAS DE NOSOTROS A NUESTRO HIJO	
	CASI NO SIEMPRE ESTUDIO	
	CAMBIE EN EL SENTIDO DE VER, LA POSIBILIDAD QUE PUEDA DESARROLLAR PARA NO IMPEDIR O CEZGAR ACTITUDES	
	NO HA AFECTADO LA ACTIVIDAD COTIDIANA POR QUE RECIBE UN TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE REHABILITACION	
	EN NIGUNA FORMA POR QUE EN MIS ACTIVIDADES SIEMPRE LAS PLAEAMOS CON NUESTRO HIJO	
	DEJAR DE TRABAJAR AL PRINCIPIO LUEGO CON APOYO TERAPEUTICO SE NORMALIZO	

- ✓ En la última tabla encontramos una de las principales cuestiones hecha a los padres de familia sobre su opinión frente a los procesos de participación de las personas con discapacidad en actividades deportivas ubicando las respuestas en dos grupos de la clasificación la primera ubicada en los factores ambientales-sociales en donde la principal característica es el interés de los padres por apoyar la participación y más aún la importancia de la inclusión en estas áreas y el apoyo de los padres por promover dicha participación. En el factor ambiental-personal donde aunque el apoyo a la participación continúa hay un gran inconformismo por la falta de programas para personas con discapacidad donde las condiciones deportivas sean igualitarias y permitan el progreso de sus hijos.

PREGUNTA	RESPUESTA DE PADRES	CLASIFICACION
CUAL ES SU OPINION FRENTE AL PROCESO DE PARTICIPACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS	ME PARECE MUY IMPORTANTE	FACTORES AMBIENTALES-SOCIALES
	SON NECESARIOS Y MAS QUE IMPORTANTE	
	DEBERIA SER IGUAL PARA TODAS LAS PERSONAS	
	NOS PARECE FABULOSO	
	ME PARECIO UN BUEN DESARROLLO PARA ELLOS	
	ESFUERZO Y RECONOCIMIENTO A LA SUPERACION	
	PORQUE FALTA MUCHA INFORMACION	
	QUE SON PROCESOS INPRECINDIBLES EN LA FORMACION DE LOS JOVENES Y QUE APOYAN SUS DIFICULTADES PARA SOLUCIONARLOS	
	DEBEN SER INCLUIDOS, APOYADOS Y PATROCINADOS POR QUE LOS BENEFICIA Y REHABILITA	
	ME GUSTA MUCHO, ELLOS TIENE DERECHO A LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS	
	DEBE SER PARTE DE LA INCLUSIÓN SOCIAL, DE LA QUE MUCHOS HABLAN Y NADA HACEN	
	ME PARECE EXCELENTE YA QUE NO HAY OBSTACULOS , CUANDO MI HIJA ESTABA EN NATACION ME SENTIA MUY FELIZ CUANDO LA VEIA AVANZAR	FACTORES AMBIENTALES-PERSONALES
	ME GUSTARIA QUE ELLA ESTUVIERA EN UN DEPORTE PARA MEJORAR SU MOTRICIDAD Y SU VIDA COTIDIANA	
	QUE NO SE TIENEN EN CUENTA A TODOS SOLO A PERSONAS QUE ESTAN COMO EN PROGRAMAS	
	PARA MI NULAS, NOSOTROS SIEMPRE LO MANTENEMOS EN CURSOS PARTICULARES	
	EN UNA FORMA EXCELENTE DE MOTIVAR E INCENTIVAR LO SENSORIAL Y LO SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LA PERSONA	
	ES UNA OPORTUNIDAD DE REALIZACION, DIVERSION, BIENESTAR	
	LOS INTEGRA CON TODA LA COMUNIDAD LES PERMITE PARTICIPAR EN OTRAS ACTIVIDADES DIFERENTES Y CONTRIBUYE A SU DESARROLLO	
	MUY BUENO POR QUE ELLOS GASTAN MUCHA ENRGIA	
	TIENE TODOS LOS DERECHOS	

CONCLUSIONES

En la primera fase de estudio propuesto en el municipio de COTA, se logró aplicar las pruebas, de forma valida y fiable. La población con discapacidad cognitiva, respondió adecuadamente a las pruebas que evaluaban su condición física, logrando una respuesta de su máximo potencial físico.

Inicialmente, se logró la valoración a 31 personas con discapacidad cognitiva y otros diagnósticos, tuvimos inconvenientes en tener una población homogénea en la edad, pues lo que valoramos están entre 18 y los 26 años, es una población donde 20 sujetos son hombres y 11 son mujeres.

Como se planteó son sujetos con Retraso Mental Leve, pero adicionalmente en las entrevistas encontramos otros diagnósticos que afectan su condición inicial, aunque en la valoración física, todos los participantes mostraron un óptimo desempeño.

Ahora bien, en primera instancia valoramos la capacidad aeróbica de esta población, aplicando la prueba de PACER (16m), donde logramos entender en los resultados obtenidos, es que el 65% de esta población tiene capacidad aeróbica baja, se considera que se debe trabajar esta condición física, de acuerdo al contexto y los recursos.

En cuanto a la composición corporal de la población, se evidencio que hay una gran diferencia de % graso, en cuanto a las mujeres y hombres, ya que la acumulación de grasa en la parte media del cuerpo, pectoral, abdomen, cintura, en las mujeres es mayor, los hombres en cambio presenten menor cantidad de grasa, exceptuando casos específicos. Una relación directa de estos resultados es que debido a su condición de discapacidad, la falta de orientación de actividad física y el apoyo para practicar un deporte, se logra cambiar su composición corporal, afectando la salud en algunos casos y en otros, no mejorando o aportando para evolucionar en su desarrollo de su condición.

Ahora bien, confrontar resultados como lo es el IMC, y que no los sugiere el Manual de Brockport, donde nos hemos basado para realizar dichas valoraciones, nos arrojó

resultados de una población donde el 58% está en una estado de valoración normal, el 32% se encuentra en un bajo peso y un 10% se encuentra en sobre peso, como se evidencia los rangos que maneja el IMC, son amplios, y dan de cierta forma resultados que consideramos que nos son muy influyentes al definir la composición corporal del sujeto y su adecuado proceso para mejoramiento, pero si nos proporciona un referente de cómo se encuentra esta población.

En el grupo de funciones musculo esqueléticas, donde valoramos la fuerza muscular y la resistencia, encontramos el test de abdominales, donde los resultados y el nivel de los jóvenes que realizaron las pruebas no fue deficiente si no por el contrario se encontraban dentro de la ejecución normal o de una persona convencional encontrando que el funcionamiento de estos jóvenes se encuentra en muy buen estado en especial en la capacidad de fuerza.

Los estudios cualitativos, nos permitieron evaluar su entorno social, socioeconómico, patologías, aspectos emocionales y ambientales que a través de las edades de los jóvenes con discapacidad y la visión de sus padres frente a estos aspectos en los que pudieron haber tenido problemáticas o por el contrario opciones de mejorar en los procesos educativos y de aprendizaje no solo cognitivo si no también físico, y psicosocial involucrando además el posible interés en la actividad física y el deporte o las experiencias que han tenido tanto padres como hijos en dichos procesos.

Así, después de un largo proceso de investigación llegamos al momento de emitir conclusiones acerca de los resultados en el aspecto cualitativo.

En primer lugar hablaremos del aspecto socioeconómico, pues se pensaría que si la mayoría de los jóvenes hacen parte de familias de un estrato socioeconómico intermedio o alto como lo son los niveles cuatro o cinco, tendrían una mayor información acerca de los programas capacitaciones o afines para los jóvenes con discapacidad cognitiva, pero los resultados y entrevistas realizadas nos arrojan datos de una igualdad de desconocimiento en cuanto a información en todos los estratos, si un padre es estrato 6 puede llegar incluso a tener menos interés en que su hijo

haga parte de un grupo deportivo como lo pueden ser escuelas de formación extra curriculares, mientras que para un padre estrato 2-3 es fundamental el incluirlos en actividades de este tipo pues lo ven claramente como posibles áreas de rehabilitación y mejoramiento físico, pero es entonces cuando estos padres con mayor interés tienen la dificultad económica pues no cuentan con la solvencia económica posible para que sus hijos hagan parte de estos programas.

Es claro concluir que cuando se habla de una población con discapacidad, pocas veces la discapacidad es temporal, pues en este caso la discapacidad cognitiva desarrolla dificultades para las personas que la poseen en diferentes características o habilidades del aprendizaje y que a pesar de ser tratadas o mejoradas siempre estarán con la persona que la posee.

La ingesta de medicamentos es muchas veces el limitante que los padres hacen evidente ante la práctica de cualquier actividad física o el deporte, expresiones como “Me preocupa que el ejercicio le haga daño por que toma medicamentos” fue aunque no el común de la mayoría de los padres si un porcentaje importante que lo manifestó, y contrario a esto las pruebas realizadas por jóvenes que ingerían algún tipo de medicamento no tenían ningún cambio anormal o reacciones en ellos que hicieran pensar que fueran causados por este factor.

En cuanto a los diagnósticos se concluye que se encuentran de acuerdo con lo planteado al inicio de la investigación, pues predomina el retardo mental leve, con algunas excepciones que tienen además de este otros diagnósticos que no afectaron la ejecución de las pruebas y la obtención de resultados.

Los apoyos fueron una de las preguntas que más llamaron la atención de los padres de familia, pues se cuestionaban que tipo de apoyos podían beneficiarlos o solicitar lo que nos hace concluir que la falta de información en cuanto a los apoyos con los que legalmente puede contar esta población es muy amplia, aspecto en el que se debe trabajar claramente con talleres, reuniones, y la adecuada información de procesos de solicitud de estos servicios incluyendo la información no clara sobre sus derechos.

Otro aspecto de desconocimiento es la causa de la discapacidad de sus hijos ya que un mínimo de los padres sabe realmente porque su hijo tiene discapacidad cognitiva incluso después de muchos años no lo tienen claro lo que aporta a pensar en muchas más limitantes que incluso estos jóvenes no tienen, factor que si afecta en momentos en que los padres tienen opción de incluir sus hijos en procesos de formación.

Considerando que la mayoría de los padres afirma que sus hijos pueden realizar todo tipo de actividades físico deportivas sin presentar molestias exageradas en aspectos fisiológicos y que esto es ligado por ellos mismos a considerarlo como un derecho pues les permite mejorar poco a poco en muchas habilidades y dificultades de su discapacidad se evidencia la necesidad de los programas diseñados a la población con discapacidad en donde el progreso y proceso sea realmente verificado para evidenciar resultados satisfactorios para la población y para los profesionales del campo físico deportivo que trabajan en esta área.

Es allí cuando se evidencia la principal dificultad de los padres de familia y de las incógnitas en el momento de incluir a los jóvenes en actividades deportivas pues el desconocimiento es total, es casi el 80% de los padres que no han escuchado ni conocen de programas que fomenten la interacción social y trabajen el desarrollo físico deportivo de población con discapacidad cognitiva, aquellos que conocen algunos programas manifiestan la dificultad de acceder a ellos por cuestiones económicas para incluir a sus hijos en ellos.

Un aspecto de gran importancia son las necesidades de la población en condición de discapacidad pues se pensaría que son más que necesarios los cambios y adecuaciones en casas, colegios etc. En donde ellos permanecen, del mismo modo se pensaría que para áreas deportivas y escenarios, pero es allí donde nos damos cuenta que a pesar de su discapacidad es solamente cercano al 10% los padres que realizaron modificaciones, resaltando de esto las expresiones de padres que mencionaron no modificaciones estructurales si no búsqueda de áreas amplias y agradables para sus hijos pues lo consideran de gran importancia.

- De acuerdo a todo lo visto en la ejecución de las pruebas y en lo analizado en las entrevistas, definimos los siguientes perfiles de acuerdo a la población y su práctica de actividad física.

Clasificación: factor de actividades

PERFIL REALIZACION DE ACTIVIDADES: dentro del perfil de actividades encontramos una división donde hay población que presenta ninguna dificultad en la ejecución de las actividades físicas o deportivas y otro grupo donde se encuentran algunas dificultades por lo tanto el perfil se debe enfocar en trabajar y desarrollar actividades en las que se diferencien o programen actividades de acuerdo a las dificultades donde las principales expresadas y vistas son las ejecuciones de esfuerzo físico donde el nivel es muy bajo tanto para las edades como para la condición en general de la población ms allá de tener discapacidad cognitiva. Así como también tener en cuenta la clara explicación de todas las actividades su correcta ejemplificación y el objetivo de las mismas para trabajar en aumento la identificación de dichas actividades por medio de los jóvenes con discapacidad.

Clasificación: factor ambiental-social

PERFIL SOCIAL Y DE APRENDIZAJE

Dentro del perfil social identificamos la falta de información en diferentes tipos, la información en cuanto a servicios por parte de estamentos de carácter público o las posibilidades que estos ofrecen a la población en condición de discapacidad, la estimulación a la participación de actividades físicas y recreativas, y sobre todo la capacitación frente a las diferentes temáticas de discapacidad por padres y cuidadores que es un tema más que necesario y que lamentablemente fue notable en los resultados ver la ausencia de conocimiento o interés por capacitarse constantemente e identificar cambios, problemáticas, fortalezas de dicha población para ser ese apoyo que estos jóvenes requieren así como saber estimular sus capacidades frente a los

demás aportar seguridad a sus acciones y deseos en la realización de actividades deportivas.

Teniendo en cuenta esto en el perfil social identificamos una temática principal a trabajar y es el desarrollo de líneas de capacitación y personal idóneo para realizar dichas capacitaciones en las temáticas en las que los padres presentan mayor desinformación para poco a poco modificar estas ausencias de conocimiento en una población con tantas capacidades de avanzar socialmente.

Clasificación: ambiental-individual

PERFIL: DESARROLLO PERSONAL

Este perfil tiene un enlace directo con el perfil de aprendizaje social ya que el desarrollo personal de cada individuo con discapacidad cognitiva está ligado al apoyo que le brinde su núcleo familiar y toda la red de apoyo que se encuentra en su entorno. Principalmente destacamos el trabajo de autoestima y su fortalecimiento por parte de padres profesores y entrenadores de cualquier área donde se trabaje realmente el ser humano y las capacidades que se tienen junto con la conciencia de las dificultades de estos niños y jóvenes y la posibilidad de hacer procesos y superarlas, un aspecto de gran importancia es no enmarcar estos jóvenes en programas de inclusión, pues esto ya discrimina su participación si no actuar en programas donde se sientan en una igualdad de condiciones frente a la ejecución de actividades físicas, teniendo en cuenta que en nuestro país, departamentos y municipios la temática de la discapacidad ligada al deporte es algo casi que nunca se ve, reconocer aquellos lugares que promueven dichas actividades clarificárselos a cada grupo familiar fomentar la participación y búsqueda de ellos y más aún fomentar la creación de ligas, clubes, escuelas y demás programas especializados en el trabajo con discapacidad cognitiva y que le brinde las mismas oportunidades que son brindadas a los deportistas convencionales.

REFERENCIAS

- Acosta, C. A. (2007). *Conceptualización de la discapacidad reflexiones para Colombia*. Bogotá: UNIBIBLOS.
- Beltran, J. C. (2010). Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. *Fundacion Saldarriaga Concha*.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica, ciencia emancipadora*. Brasil: Salud Colectiva.
- Carlos Egea Garcia, A. S. (s.f.). Clasificación de la OMS sobre discapacidad.
- Castro, L. R. (2012). Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humanos como sujetos de investigación las investigaciones en terapia ocupacional comunitaria. *Revista chilena de terapia ocupacional*.
- Coldeportes., D. d. (2013). *Lineamientos para fomentar y desarrollar la inclusion de poblacion con discapacidad en educacion fisica, recreacion, actividad fisica y deporte*. Bogotá.
- Cruz, I., & Hernandez, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia una aproximación a sus determinantes. *Revista Ciencias De La Salud*, 23-35.
- Egea, C., & Sarabia, A. (2001). *Clasificación de la OMS sobre discapacidad*. Recuperado el 15 de Mayo de 2013, de INFOMED. Red de salud de Cuba.: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionesomsdiscapacidad.pdf>
- Gould, W. (2010). *FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGIA DEL DEPORTE Y DEL EJERCICIO FISICO*. MADRID ESPAÑA: PANAMERICANA.
- GUTIÉRREZ SANMARTÍN, M., & CAUSI PERTEGÁZ, N. (2006). Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, vol. 2, no. 2, p. 49-64.
- Hernandez, G. (2001). *antropologia de la discapacidad y dependencia*. madrid.
- Hoz, V. G. (1996). *Personalización en la educación Física*. España.
- Israel Cruz Velandia, J. H. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia una aproximación a sus determinantes. *Revista Ciencias De La Salud*, 23-35.

- Mina, M. S. (2005). *Educando con capacidades diferentes, un enfoque psicologico desde el retraso mental a la superdotacion*. Cordoba, Argentina: Las brujas.
- Mogollón, A., García, L., Ospina, J., & Santacruz, M. (2009). *Factores que inciden en la práctica de la actividad física de la población en situación de discapacidad*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Neira, N. A. (2011). *Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte*. Bogota: Universidad Nacional.
- OCDE, O. p. (2007). *Estudiantes con discapacidades, dificultades de aprendizaje y desventajas: estadísticas e indicadores de los países de la OEA*.
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad y La Salud*. Grafo S.A.
- OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra Suiza.
- OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- OMS, O. M. (2001). *Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad y La Salud*. CIF. Grafo S.A.
- Orssati, L. F. (2004). *Deporte para discapacitados mentales*. Buenos Aires, Argentina.
- Prieto, A., & Agudelo, C. (2006). Enfoque Multinivel para el Diagnóstico de la Actividad Física en Tres Regiones de Colombia. *Revista de Salud pública*.
- Román, B. (2012). *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad severa*. Barcelona.
- Tobón, P. A. (2004). *Estudio de Antecedentes Discapacidad Cognitiva*. Bogota.
- Tolosa, N. A. (2011). *Determinantes sociales que promueven la inclusión / exclusión al deporte*. Bogota: Universidad Nacional.

WEB-GRAFIA

http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/marco_teorico.pdf

ANEXOS

Anexo I: Modelo de consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le estamos invitando a participar en el estudio **“Análisis de la práctica de actividad física de jóvenes con discapacidad cognitiva de los municipios de Chía y Cota, Cundinamarca, desde el modelo de la determinación social”**.

Objetivo del estudio: determinar los factores individuales y contextuales relacionados con la práctica de la actividad física de población con discapacidad cognitiva del municipio de Chía y Cota, desde el modelo de la determinación social **¿por qué se realiza este estudio?** esta investigación busca caracterizar las condiciones físicas, sociales, culturales, político económicas, que afectan la práctica de actividad física y el deporte, definiendo así, posibles perfiles que de acuerdo a los factores, generando insumos para la construcción de programas que benefician a la comunidad, mejoren la calidad de vida y fundamenten el campo de conocimiento y objeto de estudio del programa de cultura física, deporte y recreación de la USTA.

Procedimiento: Se recopilará información acerca de los factores individuales y contextuales relacionados con la práctica de la actividad física de población con discapacidad cognitiva del municipio de Chía y Cota, a través de una aplicación de la batería **Brockport Physical Fitness Test (BPFT)**, la cual comprende los siguientes test a aplicar (prueba aeróbica, composición corporal, test de fuerza, resistencia y flexibilidad) además se aplicará una entrevista relacionada con Conocimientos, Actitudes y Prácticas, con el fin de brindar apoyo al proceso de inclusión de personas con discapacidad. Todo esto con el fin de Analizar y socialización los resultados, además de publicar artículos científicos, manteniendo la confidencialidad y privacidad de los participantes.

Privacidad: Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y su información se mantendrá privada, al igual que la de la institución en caso de pertenecer a alguna de ellas. Con el fin de proteger su información, el equipo de investigadores mantendrá protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información. Y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación en curso. Sus respuestas registradas en la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho a decidir no responderla.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Leí (o me fue leído), y he entendido la información sobre el presente estudio y tuve la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas satisfactorias para todas ellas.

Mi participación es totalmente voluntaria y puedo abandonarlo en cualquier momento y por cualquier razón, sin que esta decisión afecte mi participación en el proyecto, por tanto:

Yo _____ identificado con
la c.c. _____, representante legal de
_____ (para menores de 18 años y

personas en condición de discapacidad), a los ____ días del mes _____ año 2014, doy consentimiento de este documento, donde tengo conocimiento y claridad de la información proporcionada, además de saber que es con fines únicamente académicos e investigativos.

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicarse directamente con:

ESTUDIANTES INVESTIGADORAS A CARGO:

Sonia Milena García Ballén

soniagarcia@usantotomas.edu.co

Celular: 314 450 7161

Gloria Lilia González Espitia

gloria.gonzalez@usantotomas.edu.co

Celular: 311 496 7541

DOCENTE ENCARGADA DE LA INVESTIGACIÓN

Diana Camargo Rojas

diana.camargo@usantotomas.edu.co

Celular: 316 622 6239

Facultad de Cultura Física, Deporte y recreación de la Universidad Santo Tomás, ubicada en la carrera 9 No.51 – 11. Teléfono: 5878797 Ext. 3251

Anexo II: Modelo de entrevista semi-estructurada

ENTREVISTA CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS³

Fecha de realización: DD/MM/AAAA

Nombre entrevistador: _____

Capítulo I: DATOS GENERALES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

1. Nombres y apellidos: _____

2. Edad: ____ años cumplidos Género: **F** ____ **M** ____ Discapacidad: _____

Dirección: _____ Barrio o Vereda: _____ Teléfono: _____

3. Estrato socioeconómico:

1	2	3	4	5	6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

4. ¿Se encuentra afiliado a una EPS? Si ____ ¿Cuál? _____ No ____

5. Condición de la Discapacidad: **Temporal** ____ *** Permanente** ____ (**Congénita**)

***Temporal** (Enfermedad General ____ Enfermedad Profesional ____ Accidente común o de tránsito ____ Accidente de trabajo ____ Violencia familiar o acto violento ____ Consumo de sustancias psicoactivas ____ Lesión autoinfligida ____

Otra ____ ¿Cuál? _____

6. Tipo de Deficiencia: **Física** ____ **Intelectual** ____ **Mental** ____ **Múltiple** ____ **Sensorial** ____ **Auditiva** ____ **Visual** ____ **Otra** ____

¿Cuál? _____

7. ¿Qué exámenes fueron realizados para confirmar el Diagnóstico?

8. ¿Toma algún tipo de medicamento? Si ____ ¿Para qué? _____ No ____

9. Diagnóstico principal:

9. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD				
9.1. ESTRUCTURAS	AUSENCIA	MODIFICACION	9.2. FUNCIONES CORPORALES	Marque con una X
- Estructuras del sistema nervioso			- Funciones mentales	
- El ojo, el oído y estructuras relacionadas			- Funciones Sensoriales y dolor	
- Estructuras involucradas la voz y el habla			- Funciones de la voz y el habla	
- Estructuras de los sistemas			- Funciones de los sistemas cardiovascular,	

³ Modificada de Camargo D.A.; Castro, E; Hernández H, Salgado H; Cárdenas I; Carvajal L (2014) Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidadores de personas con discapacidad en procesos de inclusión social en el municipio Madrid, Cundinamarca. Grupo Ciencias de la rehabilitación. Universidad del Rosario. (En prensa)

cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio			hematológico, inmunológico y respiratorio	
- Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino			- Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	
- Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor			- Funciones genitourinarias y reproductoras	
- Estructuras relacionadas con el movimiento			- Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con movimiento	
- Piel y estructuras relacionadas			- Funciones de la piel y estructuras relacionadas	

		FACTORES CONTEXTUALES		
9.3. ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	Marque con una X	9.4. FACTORES AMBIENTALES	BARR	FACIL.
- Aprendizaje y aplicación del conocimiento		- Productos y tecnología		
- Tareas y demandas generales		- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana		
- Comunicación				
- Movilidad		- Apoyo y relaciones		
- Autocuidado		- Actitudes de cuidadores, familiares y otras personas		
- Vida domestica		- Servicios, sistemas y políticas		
- Interacciones y relaciones interpersonales				
- Vida comunitaria, social y cívica.				

(Cuadro tomado del estudio de identificación de los factores relacionados con el proceso de inclusión social de la población con discapacidad del municipio de Madrid, Cundinamarca, Universidad del Rosario)

10. Últimos estudios realizados: __Ninguna __Primaria incompleta __Primaria Completa __Secundaria incompleta __Secundaria Completa __Técnico/tecnológico completo __Técnico/tecnológico incompleto __Universitaria incompleta __Universitaria completa __Otra
11. Estado civil: Soltero (a) __ Casado (a) __ Unión libre __ Separado (a) __ Divorciado (a) __ Viudo (a) __
12. ¿Tiene hijos?: Si __ ¿Cuántos? _____ No __
13. Tenencia de vivienda: Propia __ Arrendada __ Familiar __ Subarrendada __ otra
¿Cuál? _____
14. Con quien vive la persona con discapacidad

Nombre	Edad	Parentesco	Discapacidad	Ocupación
--------	------	------------	--------------	-----------

			Si	No	
			Cual:		
			Si	No	
			Cual:		
			Si	No	
			Cual		

Gracias por su colaboración.

Capítulo II: DATOS GENERALES DEL PADRE, CUIDADOR, PROFESOR O PROFESIONAL

Fecha de realización: DD/MM/AAAA

15. Nombres y apellidos: _____

16. Edad: ____ años cumplidos Género: **F** ____ **M** ____

17. Usted presenta alguna discapacidad: **Si** ____ **¿Cuál?** _____ **No** ____

18. Últimos estudios realizados: ____ Ninguna ____ Primaria incompleta ____ Primaria Completa ____ Secundaria incompleta ____ Secundaria Completa ____ Técnico/tecnológico completo ____ Técnico/tecnológico incompleto ____ Universitaria incompleta ____ Universitaria completa ____ Otra

19. Profesión u Oficio

Ama de Casa ____ Empleada Doméstica ____ Pensionado ____ Estudiante ____ ¿Nivel? _____ Practicante ____

Enfermera (o) ____ Terapeuta ____ Profesional en deporte y afines ____

20. Estrato socioeconómico:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. ¿Hace cuánto tiempo cuida, educa, y trabaja con personas con discapacidad?

22. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado, educación e intervención de las personas con discapacidad?

23. ¿Usted cuenta con apoyos (físicos, humanos, financieros) que le ayuden con el cuidado, formación e intervención en las personas con discapacidad? **Si** ____ **¿Cuáles?** _____ **No** ____

Capítulo III: CONOCIMIENTOS

24. Para usted, ¿Qué significa discapacidad?

25. ¿Sabe que le causó la discapacidad de la persona a su cargo? **Si** ____ **¿Qué la causó?**

_____ **No** ____

26. ¿Conoce usted los deberes y derechos de las personas con discapacidad?

Si ____ **¿Cuáles deberes y derechos conoce?**

No ____

27. ¿Considera que la actividad física, el deporte y la recreación son derechos de las personas con discapacidad?

Si ____ **¿Porque?**

No ____ **¿Porque?**

28. ¿Usted considera que la persona con discapacidad puede realizar actividad física o prácticas deportivas?

Si ____ **¿Cuáles?**

No__ ¿cuáles son los factores que consideran que lo limitan?_____

29. ¿Usted permite que la persona con discapacidad realice actividades físicas o deportivas?

Si __ ¿Cuáles?

No __ ¿Por Qué?

30. ¿Ha observado que la persona con discapacidad a su cargo tiene problemas al realizar alguna de las actividades señaladas en la **pregunta 28**?

Si __ ¿Cuáles problemas?

No _____

31. ¿Usted considera que la actividad física y el deporte apoya el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad?

Si ___ ¿Por

Qué? _____

No ¿Por

Qué? _____

32. ¿Conoce algún proyecto, servicio o programa relacionado con actividad física y deporte dirigido a las personas con discapacidad en el Municipio?

Si __ ¿Cuáles

conoce? _____

No _____

Capítulo IV: ACTITUDES

33. ¿Qué piensa usted sobre la persona con discapacidad a su cargo?

34. ¿Qué sintió al saber del diagnóstico o situación de la persona a su cargo?

35. Desde que asumió ser cuidador, ¿Cómo ha afectado esto sus actividades cotidianas?

36. ¿Cuál es su opinión frente al proceso de participación de las personas con discapacidad en actividades deportivas?

37. ¿Usted está de acuerdo con los proyectos, programas o planes que se realizan a favor de la discapacidad, relacionados con actividad física y deporte?

Si __ **¿Por qué?**

No __ **¿Por qué?**

38. ¿Usted aceptaría que la persona a su cargo se vinculara a un proceso de formación para facilitar la participación en actividades deportivas?

Sí __ **¿Por qué?**

No __ **¿Por qué?**

Capítulo V: PRÁCTICAS

39. ¿Qué hace usted cuando una Persona con Discapacidad solicita su ayuda?

40. ¿Qué estrategias ha utilizado para favorecer el proceso de participación de la persona con discapacidad en actividad física y deporte?

41. ¿Ha asistido o asiste a talleres que se dicten por parte de la alcaldía, el gobierno u otras entidades relacionados con discapacidad?

Sí __ **¿A Cuáles talleres?**

¿Hace cuánto? _____ **¿Con qué**
frecuencia? _____

No __ ¿Por qué?

42. ¿Usted ha realizado modificaciones en las condiciones de la vivienda, el colegio o institución en la cual labora, para favorecer la independencia y la práctica de la actividad física de la persona con discapacidad?

Si __ ¿Qué modificaciones ha realizado?

¿Por qué las ha realizado?

No __ ¿Por qué?

Gracias por su colaboración.

Anexo II: Modelo de formato de recolección de datos

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
SEMILLERO DE INVESTIGACION SOCIOLOGIA DEL DEPORTE
Brockport Physical Fitness Test Form



Nombre estudiante: _____ Sexo: **F / M** Años: _____

Talla: _____ Peso: _____ Fecha: _____

Discapacidad: _____

Test	Medida	Puntaje	Rango	Rangos Generales	
				Mín.	Máx.
FUNCIÓN AERÓBICA					
Capacidad Aeróbica					
PACER 16m					
COMPOSICIÓN CORPORAL					
Pliegues Cutáneos					
Triceps					
Subescapular					
Pantorrilla					
Índice de masa corporal					
FUNCIONES MUSCULO ESQUELÉTICAS					
Fuerza y Resistencia					
Dinamometría					
Extensión de Brazos					
Abdominales					
Flexión de Brazos					
Flexibilidad/Rango de Movimiento					
Apley					
Thomas					
Sit and Reach					

Interpretación: _____

Necesidades: _____

Realizado por: _____