



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá.**

**ARELIS FAJARDO VILLAFANA**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de medicina, Departamento de fisioterapia  
Bogotá, Colombia

2014



# **Conocimientos, actitudes y practicas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá.**

**Arelis Fajardo Villafaña**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Fisioterapeuta.**

Directora:

Magister en Ciencias de la Salud en el Trabajo NANCY J. MOLINA ACHURY

Línea de Investigación:

Kinesioterapia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de medicina, Departamento fisioterapia.

Bogotá, Colombia

2014



### *Dedicatoria*

*De manera especial dedico este trabajo a mi hijo Seykuwun Seyukwin quien es motivación de vida, a la gran familia que son para mi mis queridas amigas a todas las personas especiales con quienes he tenido la fortuna de compartir, por su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. A mi madre luchadora constante de la vida Ukume Rosaura Villafaña.*

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Colombia que ha sido mi segundo hogar en esta ciudad que me acogió.

A la profesora Nancy J. Molina Achury por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos y experiencia dio un direccionamiento único, la paciencia que mostro pudo motivar cada vez más del desarrollo del presente trabajo.

A todo el colectivo de profesores del departamento de fisioterapia sin cuyo valioso aporte no habría llegado a este feliz término del recorrido académico, en especial a los profesores Ayde Luisa Robayo, Edgar Cortes Reyes, Imma Caicedo y Nelson Ángel.

A mi maestra que me enseñó más de lo que la academia ordena, Carmen Lilia Rodríguez, por sus consejos, su paciencia y por brindarme la calidad de ser humano que la representa.

A todas aquellas personas de las instituciones donde lleve a cabo la presente investigación Asodisfisur, fundación Aconiño, que con gran disposición abrieron no solo sus puertas sino también sus corazones especialmente la profesora María Isabel Cetina que con su valioso aporte pude ampliar mi visión y enriquecer mi trabajo.

A todas las buenas amigas y compañeras, porque gracias a su respaldo moral y humano, a su compañía, a sus buenos consejos y por estar siempre con una palabra de aliento en el momento justo.

## Resumen

Este estudio exploratorio tiene como objetivo caracterizar la visión desde los conocimientos, actitudes y prácticas de los actores de la rehabilitación con respecto al deporte como elemento fundamental para el proceso rehabilitador de la discapacidad. Se llevó a cabo en Bogotá en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, se recopiló información por medio de entrevistas a profundidad y grupos focales, se sistematizó en el programa Atlas - Ti, para su posterior análisis. Se observó que los CAP(s) de usuarios y cuidadores son más favorables a la relación discapacidad - deporte – rehabilitación que los CAP(s) de los profesionales respecto a la misma relación. Los usuarios que optan por el deporte lo reconocen útil en tanto que facilita la integración social, mantiene la motivación y potencia los beneficios de la rehabilitación. Escasos profesionales toman en consideración el deporte durante el proceso rehabilitador debido a factores limitantes como la formación, la disposición de las instituciones en términos de estructura, organización, etc. Pero lo más importante por las actitudes frente a la discapacidad las cuales están marcadas por una visión desde las deficiencias y

limitaciones más que desde las capacidades. Promover el estudio de la discapacidad desde la potencialidades para considerar el deporte al servicio de la rehabilitación y mantener un dialogo de actores que reconozca los CAP(s) de usuarios y cuidadores.

**Palabras clave: Discapacidad, rehabilitación, deporte, fisioterapia.**

## **Abstract**

This exploratory study aims to characterize the view from the knowledge, attitudes and practices of the actors in the rehabilitation regarding sport as critical to the rehabilitation process of disability element. Was held in Bogota in institutions providing rehabilitation services, the collected data through in-depth interviews and focus groups were systematized in Atlas - Ti, for further analysis. It was noted that the CAP (s) of users and carers are more favorable to the related disability - sport - rehabilitation that CAP (s) of professional respect to the same ratio. Users who opt for the sport recognize useful while facilitating social integration, motivation and power maintains the benefits of rehabilitation. Few professionals take into consideration the sport during the rehabilitation process because of limiting factors such as training, provision of institutions in terms of structure, organization, etc. But more importantly, the attitudes towards disability which are marked by a view from the shortcomings and limitations rather than from the capabilities. Promote the study of disability from the potential to consider the Sport for rehabilitation and maintaining a dialogue of actors who recognize the CAP (s) of users and carers.

**Keywords: Disability, rehabilitation, sports physiotherapy.**





# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>VI</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>- 99 -</b>
<b>A. Anexo: formato evaluación de pares .....</b>	<b>101</b>
<b>B. Anexo: Cronograma de actividades.....</b>	<b>101</b>
<b>C. Anexo: Presupuesto.....</b>	<b>101</b> <a href="#"><u>7</u></a>
<b>D. Anexo: Formulario de consentimiento de participación investigación.....</b>	<b>101</b> <a href="#"><u>8</u></a>
<b>E. Anexo: Guion entrevista semi estructurada y grupo focal.....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>113</b> <a href="#"><u>0</u></a>
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento y Delimitación del Problema.....	10
Justificación.....	12
Objetivos.....	15
Definición de Términos.....	16
Marco Normativo.....	18
MARCO TEÓRICO.....	21
1. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).....	21
2. Discapacidad.....	22
2.1. Definiciones.....	22
2.2. Clasificación.....	23
2.3. Modelos entorno a la Discapacidad.....	23
2.4. El proceso de rehabilitación para personas en situación de discapacidad.....	25
2.5. Aportes del deporte a la superación de la Discapacidad.....	25

3. La Rehabilitación.....	27
3. 1. Definiciones.....	27
3.2. Los Profesionales de la Salud y la rehabilitación.....	27
3.3. Los Fisioterapeutas, la rehabilitación y el Deporte.....	28
3.4. Beneficios del Deporte en la Rehabilitación.....	29
4. El Deporte y la Actividad Física.....	23
4.1. Definiciones.....	33
4.2. Clasificación.....	36
4.3. El deporte en el marco de derechos.....	37
METODOLOGÍA.....	39
1. Tipo, ámbito de estudio y población. Criterios de selección de los participantes.....	40
2. Definición de las variables y categorías.....	42
2. 1. Variables sociodemográficas de profesionales de salud, usuarios y cuidadores.....	44
2.2. Técnicas, Instrumentos, evaluación de pares, validez de contenido, prueba piloto.....	45
3. Consideraciones éticas. Consentimiento informado.....	46
4. Procedimiento para la recogida de datos.....	46
5. Estrategias de análisis. ATLAS TI.....	46
Resultados de la investigación.....	48
1. Perfiles sociodemográficos.....	48
2. Los conocimientos que construyen y son construidos en el marco de la rehabilitación, la discapacidad y el deporte.....	39
3. La paradoja en la rehabilitación.....	52
3.1. Confluencias representacionales entre la rehabilitación, la discapacidad y el deporte.....	52
3.2. El entorno y la sociedad no dejan completar el ciclo del proceso.....	54
3. 3. La rehabilitación va bien pero el rehabilitado va mal.....	54
3.4. Limitantes para pensar en el deporte como dispositivo para la rehabilitación.....	55

3. 5. Relación Deporte adaptado clínica – entre el rechazo y el deseo.....	56
3. 6. Las instituciones de salud y/o centros de rehabilitación se muestran indiferentes hacia el deporte.....	58
3.7. Un elemento más en la caja de herramientas pensar en el deporte como medio para rehabilitar.....	58
3. 8. El momento del deporte durante el proceso rehabilitador.....	59
3. 9. La capacidad del deporte como actividad integral.....	60
3. 10. La academia en la lupa, gran responsabilidad.....	61
4. Prácticas, en el terreno de lo concreto cómo está el hacer.....	62
4.1. Las practicas con el ámbito deportivo, a la espera de un abordaje transversal de la discapacidad.....	63
Discusión de resultados.....	65
1. Conocimientos sobre rehabilitación, deporte y discapacidad.....	65
2. Ideas de la relación deporte – rehabilitación.....	67
3. Deporte al servicio de la rehabilitación ¿en la clínica?.....	68
4. La relación deporte discapacidad.....	69
5. Una mirada a las prácticas.....	70
Conclusiones y recomendaciones.....	74

# Introducción

La relación entre los conceptos de “deporte” y “rehabilitación” ha sido identificada desde diversos análisis y estudios realizados por varios autores, los cuales en su mayoría concluyen dando recomendaciones de deporte como una estrategia dentro de los procesos de rehabilitación, especialmente en personas en situación de discapacidad, por los grandes beneficios que ofrece a los usuarios desde la perspectiva biológica, motivacional, lúdica (Robles, Abad, Giménez, 2007) y medio de integración social (Sebastián, 2013), todas ellas metas buscadas en los procesos de rehabilitación. Como consecuencia de lo anterior, los conocimientos teóricos frente a la aplicación del deporte en los procesos de rehabilitación, ya han sido construidos y en algunos países se transmite a los profesionales de la salud desde la academia y la experiencia profesional.

Por otro lado, desde la relación deporte-rehabilitación, algunos países han modificado sus prácticas dentro de los procesos de rehabilitación, dando al deporte un lugar importante dentro de sus políticas y acciones en salud, como está documentado para la Unión Europea (Unisport, 1992) y Argentina, donde en este país a partir de la ley 24.091 y el decreto 762 de 1997 establece al deporte como una de sus prestaciones terapéuticas-educativas (Zucchi, 2001). Sin embargo, en Colombia aunque se tienen los conocimientos del deporte y la rehabilitación de forma separada (WCPT, 2011; Mogollón, García, Ospina, Santacruz, 2009; García, Ospina, Aguinaga, Russi, 2009), y se han construido políticas públicas como el Sistema Nacional del Deporte, la Ley 361 de 1997 (relacionada con la accesibilidad), la Ley 582 de 2000 (que establece el desarrollo de programas y actividades deportivas con diversos fines entre los que se encuentran los terapéuticos), la Política Pública del Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá, entre otras, (León, Mogollón, García, Ospina, Santacruz, Morales, Copete, 2010); no es frecuente encontrar el deporte dentro de las prácticas en los centros y servicios de rehabilitación.

Los programas de rehabilitación presentes en nuestro país están enfocados, en su mayoría, bajo la mirada biológica y clínica utilizando diversas estrategias terapéuticas, clásicamente establecidas desde los campos neurológico, fisiológico, kinesiológico y psicológico dejando muchas veces de lado el componente social y motivacional del ser humano.

En consecuencia, se asume que el deporte puede y debe ser usado como una estrategia y dispositivo para la rehabilitación. En este sentido, este trabajo pretende indagar, interpretar, discutir y explicar el grado de conocimientos sobre la relación deporte-rehabilitación, las actitudes hacia la misma, así como las prácticas realizadas por los diferentes actores del proceso de rehabilitación, con énfasis en los profesionales de la fisioterapia, con el ánimo de aportar elementos que contribuyan a su inclusión en el proceso de la rehabilitación en nuestro contexto.

## Antecedentes

Tabla 1: *Resumen de antecedentes.*

Origen	Autores	Modelos - historia
EUR OPA	Caus y Gutiérrez, 2001	Modelo negativista vigente hasta el siglo XVII , institucionalización
	García et al, 2009	XVII al XIX desarrollo del modelo anatomoclínico. Programas de prevención e intervenciones de carácter médico.
	(Gutiérrez y Caus, 2006).	Finales del XIX -años 80 del XX: modelo de rehabilitación, promovió la participación de personas con discapacidad en actividades físico-deportivas con objetivos terapéuticos de recuperación funcional y facilitador de la reincorporación a la sociedad.
	(Zucchi, 2001).	Dr. Ludwing Guttman. Deporte en la rehabilitación, años 40 - 50 del siglo XX.
	(García et al, 2009) (Unisport, 1992).	Años 80 - 90 del XX: modelo estructuralista, orientado a “la eliminación de barreras sociales, políticas, económicas y físicas” para las personas con discapacidad. Carta Europea del Deporte en

		1992 “para todos”.
	(Van Langeveld y otros, 2011), Zopf y otros .2012), adaptado (Yazicioglu K., Yavuz F., Goktepe A., Tan A. 2012).	Publicaron estudios de la relación deporte, discapacidad, clínica y fisioterapia. Las conclusiones apuntan a que aún hay mucho por hacer, son muchos los factores que siguen imposibilitando la aplicación de actividades físico deportivas en el ambiente de la salud.
SURA MERI CA	(Zucchi, 2001).	En Argentina, 1950, se suma al movimiento de impulsar al deporte en la rehabilitación como consecuencia de la epidemia de poliomielitis.
	(Neira Tolosa, N. A. 2011).	En Colombia finales de los 90 y debido a la existencia de las organizaciones de deportistas con discapacidad física, visual y auditiva desde los años 70, diseñó y estructuró el sistema único de deporte paralímpico.
	(IDRD, 2014).	Bogotá el IDRD: deporte paralímpico busca desarrollar procesos técnicos, pedagógicos y científicos que permitan intervenir personas con algún tipo de discapacidad, mejorando su adaptación a la vida productiva, incorporándolos al deporte.
	(García et al, 2009)	En la actualidad, modelo inclusivo de derechos humanos enfatizado desde la inclusión social, la des-medicalización, la construcción de la autonomía personal y la formación de grupos interdisciplinarios dentro de los equipos de rehabilitación.

Los fisioterapeutas desde su objeto de estudio y su constitución como profesionales de la salud, mediante técnicas, métodos y protocolos sustentados en un acervo científico participan en la rehabilitación. Vale la pena mencionar la revisión que la WCPT realizó en junio de 2011 en su 17ª reunión general, en la que define funciones de la Fisioterapia en términos de: “ofrecer servicios a individuos y poblaciones dentro de las esferas de la promoción, prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación, para desarrollar, mantener y restablecer el movimiento y la capacidad funcional máxima durante toda la vida; esto incluye proporcionar servicios en los casos donde están amenazados el movimiento y la función por el proceso de envejecimiento, alguna lesión física, enfermedad, trastorno, condiciones o factores ambientales. De esta manera el movimiento humano es el centro de las habilidades y del conocimiento de la Fisioterapia y, por tanto, es considerada como la Ciencia del Movimiento” (WCPT, 2011), teniendo en cuenta que el movimiento funcional se considera fundamental para un estado de salud óptimo.

Por lo tanto, la Fisioterapia abarca el bienestar físico, psicológico, emocional y social, e involucra la interacción entre todos los participantes de un proceso rehabilitador, donde se evalúa el potencial de movimiento y las metas acordadas, utilizando los conocimientos y habilidades únicas de los fisioterapeutas (WCPT, 2011).

Por otro lado el Deporte ha sido estudiado por muchas disciplinas, cada una desde su objeto de estudio, destacando en ellas, aquellas que han documentado con amplios estudios la relación entre los beneficios de este y la salud. En la actualidad las ciencias de la actividad física y el deporte conforman un ámbito del conocimiento reconocido como coadyuvantes para la promoción de la salud.

Ahora bien, en el caso de la relación deporte-rehabilitación, se ha tenido una trayectoria histórica que va muy de la mano con los modelos de salud para las poblaciones en situación de discapacidad, pues son los usuarios principales de los procesos de rehabilitación. Inicialmente fue establecido el modelo negativista vigente hasta el siglo XVII donde se consideraba la deficiencia preformada desde la concepción (Caus y Gutiérrez, 2001) y por tanto estas personas con deficiencias estaban segregadas socialmente e institucionalizadas de forma permanente (Instituto Interamericano del Niño, 2001), posteriormente entre los siglos XVII y el XIX se desarrolla el modelo anatomoclínico donde por primera vez se desarrollan los programas de prevención e intervenciones de carácter médico (García et al, 2009), internado de forma permanente sólo a aquellos que no podía ser curados (Instituto Interamericano del Niño, 2001). Fue sólo hasta el modelo de rehabilitación, desarrollado y aplicado desde finales del siglo XIX hasta los años 80 del siglo XX donde se promovió la participación de personas con discapacidad en actividades físico-deportivas con objetivos terapéuticos de recuperación funcional del individuo y facilitador de la reincorporación personal a la sociedad (Gutiérrez y Caus, 2006). Este modelo tuvo mayor auge luego de las guerras mundiales.

El Dr. Ludwig Guttman, neurólogo y neurocirujano del Hospital de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, quién en los años 40 - 50 del siglo XX presentó la implementación del deporte en la rehabilitación de quienes se encontraban en silla de ruedas. Guttman utilizó el deporte como medio para restablecer el bienestar psicológico y el buen uso del tiempo libre del paciente, pero al tiempo se dio cuenta que la disciplina deportiva influía positivamente también en el sistema neuromuscular y ayudaba a la reinserción de la persona en la sociedad (Zucchi, 2001). Es así como el rehabilitador otorga por primera vez un lugar de importancia al deporte, al reconocer su gran valor terapéutico en la rehabilitación física, psicológica y social de las personas con discapacidad (García et al, 2009).



Suramérica alrededor del año 1950, se suma al movimiento de impulsar al deporte en la rehabilitación como consecuencia de la epidemia de poliomielitis que se presentó en esta región del continente americano. Específicamente en Argentina FITTE fue la primera institución que trabajó con deportistas en silla de ruedas dirigida por los profesores Mogilesky y Ramírez (Zucchi, 2001).

Posteriormente, la UNESCO en la carta Internacional de la Educación Física y el Deporte desarrollada en 1978, reconoce que “todo ser humano tiene el derecho fundamental de acceder a la educación física y al deporte, que son indispensables para el pleno desarrollo de su personalidad. El derecho a desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales por medio de la educación física y el deporte, deberá garantizarse tanto dentro del marco del sistema educativo como en el de los demás a aspectos de la vida social” (UNESCO, 1978), incorporando además el deporte en la escuela, y en todos los aspectos de la vida social entre los cuales podría incluirse la rehabilitación.

En los años 80 - 90 del siglo XX se desarrolla el llamado modelo estructuralista, el cual está orientado a “la eliminación de barreras sociales, políticas, económicas y físicas” (García et al, 2009) para las personas con discapacidad. En este marco, se decreta la Carta Europea del Deporte en 1992 con relación al deporte “para todos”, donde se dispone que los países deben adoptar las medidas pertinentes para garantizar a todos los ciudadanos, sin excepción alguna, la posibilidad de practicar el deporte con independencia de sus fines, dando especial atención a las personas o grupos desfavorecidos (Unisport, 1992). En la actualidad, encontramos vigente el modelo inclusivo de derechos humanos enfatizado desde la inclusión social, la des-medicalización, la construcción de la autonomía personal y la formación de grupos interdisciplinarios dentro de los equipos de rehabilitación (García et al, 2009).

En Colombia el vínculo discapacidad – deporte puede rastrearse desde “finales de la década de los 90 y debido a la existencia de las organizaciones de deportistas con discapacidad física, visual y auditiva desde los años 70, con lo que se vio la necesidad de diseñar y estructurar el sistema único de deporte paralímpico” (Neira Tolosa, N. A. 2011).

Narváez López, C. A. (2014), presenta un estudio en el que expone la participación de un grupo de personas en situación de discapacidad con diagnóstico clínico “retardo mental leve (RML)” en fútbol sala en la ciudad de Cali en el cual concluye que “podría pensar que muchos jóvenes auditivos y RML estarían en un alto porcentaje listos para aprovechar la oportunidad de inclusión en el deporte convencional, pero, en el momento esa misma oportunidad se ve muy distante”.

La ciudad de Bogotá cuenta con el Instituto de recreación y deporte (IDRD), como ente rector de la recreación y el deporte en la ciudad. Presta servicios de asesoría y capacitación en los temas que maneja el Instituto para grupos escolares, discapacitados y de la tercera edad, entre otros” (IDRD, 2014). Promueve el deporte paralímpico cuyo “objetivo principal es desarrollar procesos técnicos, pedagógicos y científicos que permitan intervenir personas con algún tipo de discapacidad, mejorando su adaptación a la vida productiva, incorporándolos al deporte en sus etapas de iniciación, especialización y rendimiento” (IDRD, 2014). Algunos estudios realizados muestran que en Bogotá se ha indagado sobre el papel del deporte en la vida de las personas con discapacidades como parálisis cerebral. Ejemplo de ello es el estudio realizado por Alvis, K., y Mejía, M. (2013) que presenta un análisis de la percepción y los alcances de la práctica de un deporte como el Boccia en la integración social de los individuos con parálisis cerebral. Neira Tolosa, N. A. (2011) en su estudio, llevado a cabo en Bogotá, busca identificar los determinantes sociales tanto en lo estructural como lo intermediario, que influyen en la inclusión/exclusión de los adolescentes en condición de discapacidad al deporte; en él deja claro que el deporte no deberá propender por la instauración de una relación adiestradora e impositiva que limita las posibilidades de movimiento, sino que debe convertirse en una herramienta de la palabra y del acto. (7) entre los que se destacan la instauración de parámetros de participación a nivel físico, psicológico e incluso económico para la población en situación de discapacidad, es de notar que los determinantes fuertes que sobresalen están en el orden de funciones sociales y políticas que se superponen a las opciones deportivas de estas personas.

Las referencias bibliográficas sobre la relación deporte - rehabilitación son menores a las anteriores, dada la idea generalizada de que el deporte es posterior a la rehabilitación, en ese sentido el deporte en la mayoría de los casos no hace parte de forma importante del propio proceso rehabilitador. De hecho quienes hacen deporte lo hacen por iniciativa propia y porque poseen los recursos para acceder a él, por lo cual todos los potenciales beneficios del deporte no están presentes en estadios tempranos de la rehabilitación, lo que nos hace suponer que se está perdiendo de forma significativa una potencial herramienta para la rehabilitación integral (García et al, 2009).

En este sentido, un ensayo controlado desarrollado en el 2012, concluyó que las personas con discapacidades físicas que participaron en deportes adaptados tenían puntuaciones significativamente más altas de satisfacción de calidad de vida y de la vida en comparación con las personas con discapacidades físicas que no participan en ningún deporte adaptado (Yazicioglu K., Yavuz F., Goktepe A., Tan A. 2012).

A través del deporte los individuos pueden experimentar la igualdad, la libertad y un medio digno de fortalecimiento. Permite experimentar un control sobre el propio cuerpo muy significativo en personas con impedimentos físicos, y para quienes se recuperan de algún trauma. Pero más allá de los beneficios para las esferas social, cultural e individual psicológicas de la persona el deporte ofrece además todas las exigencias que pueden tener los métodos y técnicas de rehabilitación reconocidos por la fisioterapia. Nos proporciona elementos para el desarrollo e implementación de programas de rehabilitación que nos permitan alcanzar los objetivos y suplir las necesidades de pacientes específicos. Sin embargo, la inclusión del deporte en el proceso rehabilitador no es tarea sencilla. Un estudio desarrollado en el 2011 (Van Langeveld, Post, Van Asbeck, Ter Horst, Leenders, Postma, Rijken, Lindeman, 2011) explora el contenido de las intervenciones terapéuticas para mejorar el autocuidado y la movilidad de los pacientes con lesión medular en las primeras fases de la rehabilitación (pos – aguda) entre diversos centros de rehabilitación y concluye que el contenido de la fisioterapia y la terapia deportiva, para mejorar las condiciones de movilidad y el autocuidado de los pacientes hospitalizados, no es complejo sin embargo destaca las dificultades del segundo dadas porque se necesita un esfuerzo adicional y tiempo para practicar el autocuidado o la movilidad en otros lugares fuera de las habitaciones, por los horarios apretados para el ejercicio que proponen los terapeutas. (Van Langeveld y otros, 2011).

Zopf y otros en el 2012 (Zopf, Braun, Machtens, Zumbé, Bloch, Baumann, 2012), demostraron que independientemente de las observaciones positivas y la creciente evidencia en el campo de la actividad deportiva en pacientes con Cáncer de Próstata, la mayoría de los pacientes son inactivos, los médicos dudan en prescribir el ejercicio físico, la cobertura del seguro es insuficiente, el estilo de vida y comportamiento carecen de priorización en los sistemas de atención de salud además de que los pacientes están mal informados, destacando todos estos como factores determinantes en la utilización del deporte como parte del proceso de rehabilitación de los pacientes. En contraste, los primeros grupos deportivos de rehabilitación certificados especialmente para los pacientes con Cáncer de Próstata se han establecido en Alemania con gran éxito, el cual se basa en una estrecha colaboración entre oncólogos/urólogos, clubes deportivos, instituciones universitarias, la Sociedad del Cáncer NRW, el Estado Sport Asociación NRW y las compañías de seguros de enfermedad obligatorios.

De este modo queda claro que la implementación del deporte en los modelos de rehabilitación temprana es posible mediante la cooperación multisectorial para obtener cambios en las mejoras de la calidad de vida a largo plazo. Además que los pacientes que podrían aplicar para ser introducidos en un programa deportivo con fines rehabilitadores van desde los que tienen discapacidades establecidas o quienes, padecen enfermedades crónicas o agudas.

En la actualidad el deporte está presente en algunos equipos de rehabilitación como deporte adaptado terapéutico, entendiendo al deporte como parte del proceso de rehabilitación, y a su vez identificando a la rehabilitación como los procedimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales que sirven para el mejor desarrollo de las capacidades de la persona con necesidades especiales.

## **Planteamiento y delimitación del problema**

Bajo la mirada de la rehabilitación en el presente algunos equipos interdisciplinarios de Colombia trabajan desde el modelo actualmente vigente conocido como “Modelo Inclusivo de Derechos Humanos” enfatizado en la inclusión social y la des-medicalización que busca en última medida la autonomía personal (García et al, 2009), mientras que otros equipos de rehabilitación se enfocan aún desde el “Modelo de Rehabilitación” por lo que no se establece la rehabilitación integral más allá de la clínica.

Los usuarios en general, especialmente las personas en situación de discapacidad deberían tener acceso a una rehabilitación integral, que les ayude a ser sujetos de derechos y oportunidades, en donde el deporte es un dispositivo y un medio para la rehabilitación, permitiendo la eliminación de las barreras para la participación social y ofreciendo una alternativa para la vida. (Trujillo, Sanabria, Carroza, Parra, Rubio, Uribe, Rojas, Pérez, Méndez, 2011).

Para disminuir, al menos en parte, las pérdidas en funcionalidad y movilidad, la promoción de la condición física relacionada con la salud debe incluirse tempranamente en el programa de rehabilitación de estos individuos. Debido a los peligros de la inactividad, las formas innovadoras de la actividad física y el ejercicio para las personas con alteración en el movimiento requiere ser desarrollado e implementado.

Lo ideal sería que estos programas se ofrezcan en la comunidad, con los profesionales de la rehabilitación (Blanchard y Darrah, 1999). Sin embargo, no hay evidencia clara que permita identificar con mayor precisión los aspectos que pueden estar influyendo en esta situación. Esta investigación busca comprender por qué se desaprovechan los beneficios reportados del deporte en el proceso de rehabilitación. Es necesario reconocer los factores que inciden en la no incorporación del deporte en los procesos de rehabilitación temprana e identificar su naturaleza con el ánimo de afectarlos. Asimismo, se busca reconocer experiencias articuladoras que indiquen algunas rutas basadas en los aprendizajes, oportunidades y posibilidades para poder contribuir a ampliar y reforzar un campo de práctica profesional, con repercusiones en procesos de formación y gestión de servicios.

Cuando se piensa en rehabilitación se debe pensar en los componentes de la misma; las estrategias planteadas para el logro de los objetivos referentes a la recuperación funcional de las cualidades y potencialidades físicas del paciente, pero además se debe buscar elegir el programa más integral que puede ir más allá de las cualidades físicas. La literatura revisada muestra que el deporte puede cumplir con estas expectativas, sin embargo llama la atención su poco uso generalizado en los ámbitos e instituciones de rehabilitación en nuestro contexto. En este sentido, se parte de la idea de que factores tales como una baja representación del deporte en los procesos de rehabilitación, una baja formación y la limitación de acceso a experiencias de trabajo que favorezcan la articulación rehabilitación - deporte; restricciones de infraestructura y programas pueden estar influyendo en su poco uso en el campo de la rehabilitación.

## **Justificación.**

Este trabajo es importante para el país dado el gran número de personas en proceso de rehabilitación. . Mogollón A., García L., Ospina J., Santacruz M. (2009) exponen que para el año 2009, en Colombia, se había estimado que aproximadamente un 6,4% de la población (2.539.548 personas) presenta una limitación permanente, que complica aún más la situación de pobreza e inequidad que presenta el país. Por su parte, Bogotá, su capital, tiene el mayor número de personas con necesidades básicas no satisfechas, infiriéndose obviamente una mayor insatisfacción ante necesidades más complejas, tanto en el plano social, como del desarrollo personal. PP. (6)

Según el ministerio de salud y protección social en su análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes, en Colombia se identifica que la alteración más frecuente encontrada es del movimiento del cuerpo de origen físico y que para el 2011 se incrementó este tipo de alteración con respecto al año 2005. Para el caso particular de la situación de discapacidad, se estima que cerca de un 5% de su población, (aproximadamente 400.000 personas) presenta algún tipo de discapacidad.

En Bogotá, a enero de 2006, se logró el registro de 87.854 personas en condición de discapacidad en las 20 localidades del distrito. Bogotá por ser la capital, acoge a muchos de los pacientes que requieren mayor complejidad en la atención, para quienes la introducción temprana de los principios del deporte durante el proceso de rehabilitación puede no solo favorecer la recuperación funcional física si no también una pronta transición a la independencia y reintegración a sus roles familiares y sociales.

La rehabilitación es uno de los procesos en los que la acción del profesional en fisioterapia tiene una importante representación, es necesaria la investigación y la innovación en las modalidades y los protocolos que den respuestas a necesidades de las personas que las requieren. Estas prácticas terapéuticas se deben desarrollar en el marco de ver la discapacidad, como un proceso que requiere un dinamismo y una adaptación constante tanto por usuarios, como por rehabilitadores. Es por esto que este trabajo menciona la rehabilitación y el deporte como procesos que interactúan. En este marco de referencia el deporte podría responder a las exigencias de la rehabilitación, ya que ofrece elementos desde sus principios y componentes que imponen mayores retos al usuario, estos a su vez pueden originar una conexión motivacional y de adherencia al tratamiento que optimizaría el proceso de rehabilitación.

En el campo de la formación universitaria, la consideración del deporte como medio para la rehabilitación abre un campo de posibilidades que requieren una formación más específica para los profesionales de la salud relacionados con la rehabilitación, abre oportunidades de estudio y profundización. Las referencias revisadas muestran que el sector académico no induce directamente al profesional de la salud a considerar el deporte en la rehabilitación, por lo que se presentan limitaciones en su uso y aplicación, aspecto que requiere ser fortalecido desde el ámbito formativo.



La mirada centrada en la inclusión temprana del deporte en el proceso de rehabilitación se debe también a que las alteraciones que acompañan la discapacidad primaria pueden ser progresivas o no, pueden llegar etapas en que los cambios a nivel de la funcionalidad y la independencia se estabilicen. Estos cambios en la función y la movilidad pueden ser una consecuencia de la elección personal para las actividades diarias, o pueden estar relacionadas con el envejecimiento, o con los cambios musculo esqueléticos relacionados con la discapacidad primaria o secundaria, o a las condiciones que se desarrollan debido a la discapacidad primaria (Blanchad yDarrah, 1999), pero también pueden deberse al papel del terapeuta en el proceso, los enfoques y técnicas que utiliza, estas pueden resultar en experiencias negativas y dolorosas, además de rutinarias que conllevan a una pobre adherencia del usuario hacia la prescripción de la actividad física y el ejercicio físico; limitaciones que pueden ser superadas con la introducción a la práctica deportiva (Gaskin, Andersen, Morris, 2010).

El deporte ofrece progresión en el entrenamiento de las cualidades físicas y estas a su vez brindan libertad corporal, mediante la cual, el paciente adquiere autonomía y con todos los beneficios que de ésta se derivan suman condiciones a la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de discapacidad.

El deporte en sí, tiene amplias exigencias para su práctica, de las capacidades físicas, psicológicas e intelectuales de los practicantes por tanto es menester que también esté presente en la adquisición y optimización de dichas capacidades en los individuos. Si el deporte no está presente en la rehabilitación es aún más difícil llegar a su práctica como hasta ahora se ha pretendido. Por lo que este trabajo explora los beneficios del deporte pensados desde y para las personas en situación de discapacidad, posteriormente se describirán los conocimientos actitudes y prácticas frente al deporte de los profesionales de la salud que trabajan en rehabilitación, los usuarios y cuidadores.

La información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud, los usuarios y los cuidadores puede ayudar a comprender qué es lo que se sabe y cree sobre el deporte en los procesos de rehabilitación temprana, porque en Colombia el deporte no hace parte de las estrategias rehabilitadoras desde los profesionales y centros de salud.

La mirada de este estudio centrada en las cualidades del deporte para la rehabilitación, puede proporcionar aportes muy importantes a las tendencias o enfoques al desarrollo de la rehabilitación en el país, debido a que el deporte contiene los elementos coadyuvantes para la misma que van desde el ejercicio físico hasta los motivacionales y ocupacionales; desde este punto, se buscará indagar el nivel de entrenamiento de los profesionales para contemplar el deporte como dispositivo de rehabilitación de la discapacidad; las barreras que encuentran para promoverlo o adaptar el contexto actual que contemple la introducción del deporte en el proceso de rehabilitación.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Caracterizar la visión de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación, a partir de la identificación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), con el fin de promover el deporte como dispositivo fundamental en el proceso de rehabilitación. .

### **Objetivos específicos**

- Identificar la relación deporte - rehabilitación a partir de una revisión documental sobre conceptos y experiencias que reporten dicha relación.
- Identificar los aspectos fundamentales que contribuyen a la articulación deporte – rehabilitación.
- Describir, reflexionar y problematizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los actores que hacen parte del proceso de rehabilitación,

- Identificar recomendaciones para promover el deporte como dispositivo fundamental en el proceso de rehabilitación, en relación con los procesos, las instituciones y los diferentes actores vinculados con el mismo.

## Definición de términos

**Actividad Física:** Cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía (por encima del metabolismo basal), en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea (García et al, 2009).

La actividad física no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

**Deporte:** Todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o mejora de la condición física o psíquica y el desarrollo de relaciones sociales (Unisport, 1992). Actividad socialmente establecida, que requiere de la cooperación, que posee unos bienes internos y que debe perseguir motivaciones intrínsecas debido a su carácter de fin en sí, siempre desde la perspectiva de unas reglas constitutivas que provienen de una tradición determinada y que han sido establecidas por la máxima instancia competente (Sebastián, 2009).

**Deporte Terapéutico:** Deporte que hace parte del proceso de rehabilitación, bajo indicación médica, establecido por un acuerdo general entre el usuario y el grupo interdisciplinario y controlado por este último (Zucchi, 2001).

**Habilitación/Rehabilitación:** Conjunto de medidas encaminadas al logro de la máxima autonomía personal y al desarrollo de competencias sociales y culturales de las personas con y en situación de discapacidad (Congreso de la República de Colombia, 2007), desde un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

**Integralidad:** La OPS/OMS definen la integralidad como uno de los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS, la integralidad es una función de todo el sistema de salud y exige la coordinación entre todos los componentes del sistema de salud para satisfacer las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como su continuidad a través de los diferentes niveles de atención. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

**Discapacidad:** La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). (Organización Mundial de la Salud, 2014).

**Situación de Discapacidad:** Conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo del ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno (Congreso de la República de Colombia, 2007).

## **Marco normativo**

Enmarcados dentro de la comunidad en situación de discapacidad, que son los principales usuarios de los procesos de rehabilitación, existen en Colombia diversas políticas, normas y leyes que han sido creadas y formuladas con el fin de facilitar la integración social y mejorar la calidad de vida, en las cuales encontramos por orden cronológico las siguientes:

La Constitución Política de 1991, en donde Colombia es establecido como un Estado Social de Derecho que tiene como fin social el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población buscando el interés general sobre el individual (León et al,2010), en sus artículos 47 y el 52 busca por parte del Estado la integración de las personas con discapacidad en todos los aspectos, de manera específica en lo relacionado con la recreación, el deporte y el aprovechamiento del tiempo libre, con el objetivo de ofrecer una formación integral y un buen desarrollo de su estado de salud (García et al, 2009).

La Ley 181 de 1995, reformada por la Ley 582 de 2000 (Congreso de la República de Colombia, 2000), normatiza el Sistema Nacional del Deporte, encabezado por el Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes) el cual busca el fomento del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre de todas las personas (García et al, 2009) así como la promoción de la educación extraescolar de la niñez y la juventud en todos los niveles y estamentos sociales del país (León et al, 2010). Esta Ley concede especial importancia al desarrollo de programas especiales, planes, proyectos y estrategias para la práctica de la educación física, el deporte y la recreación para personas en situación de discapacidad, personas de la tercera edad y miembros de los sectores sociales más vulnerables (León et al, 2010). Esta participación tiene como finalidad la rehabilitación, la integración, la salud, el bienestar, la mejoría de la condición física y búsqueda de la creación de una cultura física que mejore la calidad de vida (García et al, 2009).

De la mencionada Ley 181, sus artículos 11 y 12 se establecen las responsabilidades que deben cumplir frente a la población las instancias de carácter gubernamental como el Ministerio de Educación Nacional y Coldeportes para dirigir, orientar, capacitar, coordinar y controlar el desarrollo de los currículos del área de Educación Física escolar y extraescolar en todos los niveles educativos; el artículo 24 establece las funciones de los organismos que integran el Sistema Nacional del Deporte de fomentar la participación de las personas con discapacidad en sus programas de deporte, recreación, aprovechamiento del tiempo libre y educación física, orientándolas a su rehabilitación e integración social; y el artículo 42 establece las obligaciones para la construcción de instalaciones y escenarios deportivos, los cuales deben incluir facilidades físicas de acceso para toda la población sin excepciones (León et al, 2010).

La Ley 361 de 1997 hace referencia a la relación de discapacidad, al desarrollo de actividades deportivas y a las barreras físicas o arquitectónicas. En sus artículos 39 y 40 establece las formas de organización y financiación, así como la facilitación de escenarios deportivos (por parte de los entes encargados) a las personas en condición de discapacidad para que desarrollen actividades deportivas con fines de educación, habilitación o rehabilitación (García et al, 2009).

La Ley de 582 de 2000, reglamentada en el Decreto 641 de 2001 (Presidencia de la República de Colombia, 2001), establece el desarrollo de programas y actividades deportivas para personas en condición de discapacidad que tengan fines competitivos educativos, terapéuticos o recreativos. Su ejecución está a cargo del Comité Paralímpico Colombiano, que se encarga de organizar y coordinar la actividad física, la recreación, el deporte (recreativo, terapéutico, competitivo y de alto rendimiento) y el aprovechamiento del tiempo libre de personas con discapacidad, de acuerdo con los lineamientos del sistema paralímpico internacional, de asesorar y formular las políticas, planes y proyectos relacionados a éstos (García et al, 2009). En su primer artículo, esta Ley define al deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales como: “un conjunto de actividades que tienen como finalidad contribuir por medio del deporte a la normalización integral de toda persona que sufra una limitación física, sensorial y/o mental, ejecutado por entidades de carácter privado organizadas jerárquicamente con el fin de promover y desarrollar programas y actividades de naturaleza deportiva para las personas con limitaciones, con fines competitivos, educativos, terapéuticos o recreativos” (León et al, 2010).

Adicionalmente en los artículos 4 y 7 del Decreto 641 se establece que las Cajas de Compensación Familiar, los clubes sociales, los establecimientos educativos, los centros de rehabilitación, las organizaciones comunales, las asociaciones de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, las asociaciones de padres de familia o representantes legales de personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales, las empresas públicas o privadas pueden organizarse y actuar como clubes deportivos así como pueden desarrollar actividades deportivas organizadas (Presidencia de la República de Colombia, 2001).

La Ley 1145 de 2007 organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y plantea la Política Pública Nacional para la Discapacidad bajo los principios de enfoque de derechos, equidad, solidaridad, coordinación, integralidad, corresponsabilidad, sostenibilidad, transversalidad y concertación (Congreso de la República de Colombia, 2007), señalando que es de suma importancia la integración social para conseguir la participación en el desarrollo de la actividad física (García et al, 2009).

El Decreto 470 de 2007, adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital que contempla el desarrollo de actividades recreativas y deportivas para las personas en situación de discapacidad, sus familias y cuidadores, en igualdad de condiciones, no solo con fines de disfrute y goce, sino además para el enriquecimiento de la comunidad. (García et al, 2009). Esta política busca promover el acceso a lugares y espacios deportivos; garantizar la inclusión de las personas en programas y proyectos de recreación; brindar asistencia técnica, de transporte y apoyo para el goce de estos espacios; facilitar los mecanismos para la organización deportiva y la formulación de proyectos deportivos, en coordinación con el Instituto Distrital para la Recreación y Deporte (IDRD); promover el deporte paralímpico en el distrito; brindar apoyo educativo en los diferentes niveles de formación, brindar la dotación de elementos deportivos, apoyo médico, y en general, asistencia técnica y administrativa para garantizar este derecho (León et al, 2010).

Es importante resaltar que esta Política representa un ejemplo de formación ciudadana, ya que fue construida a partir de un proceso democrático y participativo de diversos actores de todas las localidades del Distrito Capital, especialmente personas en situación de discapacidad (León et al, 2010).



Finalmente la Política Pública del Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá “Bogotá más activa”, reconoce como derecho de todas las personas en desarrollo de las facultades físicas, intelectuales y morales por medio del deporte, la recreación y la actividad física, identificando a estos tres como medios fundamentales para el desarrollo pleno de la personalidad que deben ser garantizados en todos los ámbitos de la vida social (Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, 2009). Esta Política da mayor énfasis de sus programas en las poblaciones de niños en edad preescolar, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad, con el propósito de brindar oportunidades con programas adaptados a sus necesidades (León et al, 2010).

## **Marco teórico**

### **1. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)**

Los conocimientos se consideran como condición vital y relevante para el proceso de entendimiento y explicación de un fenómeno, sin embargo, se define como el conjunto de experiencias, saberes, valores, información, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saberes y experiencias.

Aigner, M. (2010) define las actitudes desde otros autores como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada” y resalta cinco ideas generales a saber:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a “objetos” y “situaciones”
- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio - culturales
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional”

Las actitudes tienen características como dirección (positiva o negativa; favorable o desfavorable) e intensidad (alta o baja). Las cuales serán tenidas como referentes para caracterizar las actitudes en la presente investigación.

Se considera como práctica la acción de aplicar o poner en uso algo que se ha aprendido; en este estudio referente a rehabilitación, deporte y discapacidad, no se desconoce que las mismas están mediadas por los conocimientos y las actitudes en un marco contextual amplio que pasa por las organizaciones y disposiciones sociales, económicas y políticas. Según, Laza Vásquez C. y Sánchez Vanegas G. (2012), citando a Gamboa E.M. y otros (2008) los estudios tipo CAP en salud se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios, al tiempo que se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Desde la propuesta de los estudios tipo CAP en salud, el grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación; la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de "disposiciones a", es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación, permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra; por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. El presente estudio trata sobre los CAP en tres temas integrados de gran importancia social: la discapacidad, la rehabilitación y el deporte.

## **2. Discapacidad**

### **2.1. Definiciones**

Desde la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (1980) la Discapacidad se define como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanente, reversible o irreversible y progresivos o regresivos” (Cáceres, 2004). En cambio, para la CIF (2001) la Discapacidad es un “término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación” (Organización Mundial de la Salud, 2001). Y es el resultado de “una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (Cáceres, 2004).

La Ley 1145 de 2007 brinda una definición de Discapacidad basada en la CIF diferenciando dos términos fundamentales:

*Situación de discapacidad:* “Conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno” (Congreso de la República de Colombia, 2007).

*Persona con discapacidad:* “Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano” (Congreso de la República de Colombia, 2007)

## **2.2. Clasificación**

Basándonos en la Ley 1145 de 2007 donde se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad se puede clasificar la discapacidad en: física, visual, auditiva, cognitiva (también llamada mental o intelectual) y múltiple (Congreso de la República de Colombia, 2007).

## **2.3. Modelos entorno a la Discapacidad**

A través del tiempo se han construido diversos modelos en torno a la discapacidad, los cuales reflejan las interpretaciones que giran en torno a la discapacidad y sus prácticas sociales con conductas de aceptación o exclusión y rechazo (García et al, 2009). Dentro de estos modelos encontramos:

*Modelo Preformista o Negativista:* modelo que prevalece hasta siglo XVII aproximadamente hasta la Revolución Francesa, donde se pensaba que la deficiencia era preformada en el momento de la concepción, resultado de hechos fortuitos o consecuencia de designios de alguna fuerza divina manifestando lo sagrado y la expresión del mal (Caus y Gutiérrez, 2001). La deficiencia se consideraba constante (sin cambios en el tiempo) y se “aceptaba con resignación y rechazo en algunos casos o con mistificación y respeto en otros” (Instituto Interamericano del Niño, 2001). Son características de este periodo la persecución, segregación social, institucionalización permanente, eugenesia, la divinificación y la escasez de los tratamientos o de la prevención (Instituto Interamericano del Niño, 2001).

*Modelo Predeterminista o Anatomoclínico:* modelo que se desarrolla desde el siglo XVII hasta finales del siglo XIX, donde se entendía la deficiencia similar a la discapacidad y se consideraba que eran resultado de “un potencial genético alterado y de factores del azar pre y post natales” (Instituto Interamericano del Niño, 2001). Se desarrolla la prevención y los tratamientos desde una intervención de carácter médico, aquellos que no podía ser curados eran internados en instituciones especiales y la atención mejoraba cuando éstas últimas estaban a cargo de comunidades religiosas (Instituto Interamericano del Niño, 2001). En este modelo la biografía de la persona con discapacidad se limitaba a la visión biomédica (García y otros, 2009).

*Modelo Determinista Funcional, de Rehabilitación, Expansionista o Psicopedagógico:* modelo planteado y aplicado desde finales del siglo XIX hasta la década de los 80 del siglo XX, donde la discapacidad se caracteriza por una visión asistencial relacionado con la caridad y la beneficencia que lleva a una segregación transitoria o permanente y a la institucionalización, y aunque el enfoque sigue siendo de hegemonía médica aparece por primera vez la diferenciación entre los conceptos de deficiencia y discapacidad, donde la deficiencia es “un problema médico de origen orgánico basado en el individuo que debe ser tratado (Instituto Interamericano del Niño, 2001), mientras que la discapacidad se considera el efecto de dicha deficiencia.

Es característico de este modelo el surgimiento de la rehabilitación médica y la terapéutica como “disciplinas para atender a las personas discapacitadas” (Instituto Interamericano del Niño, 2001) y el desarrollo de servicios de rehabilitación como foco de la planificación. Un hecho histórico característico en que tuvo mayor desarrollo de este modelo fue la I Guerra Mundial. Adicionalmente para este periodo aparece la educación especial, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDDM y los test psicométricos y de diagnóstico (Instituto Interamericano del Niño, 2001).

*Modelo Interaccionista o Estructuralista:* modelo que surge en la década de los 80 y principios de los 90, y está orientado a “la eliminación de barreras sociales, políticas, económicas y físicas” (García y otros, 2009) como estrategias de prevención, y la adopción de políticas que promuevan la igualdad en el ejercicio de los derechos humanos. Bajo este modelo la desventaja es vista como un efecto de sistemas de servicios y factores ambientales que limitan o no permiten la funcionalidad (Instituto Interamericano del Niño, 2001).

**Modelo Inclusivo de Derechos Humanos:** este modelo está actualmente vigente, enfatiza en la inclusión social desde la des medicalización y la orientación de la formación de las profesiones del área de la salud hacia un trabajo en grupos interdisciplinarios que “evita la segmentación por áreas de conocimiento” (García y otros, 2009). Es importante resaltar que este modelo plantea la “autonomía personal” (Caus y Gutiérrez, 2001) y requiere de equidad educativa y laboral donde la persona con discapacidad incorpora sus necesidades y deseos desde sus condiciones socioculturales (García y otros, 2009).

## **2.4. El proceso de rehabilitación para personas en situación de discapacidad.**

Este debe ser global y continuo durante el tiempo de acompañamiento por parte de los profesionales encaminado a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y habilidad funcional a partir de sus capacidades residuales para su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma independiente su propia vida en el entorno comunitario, materializándose en la participación activa en acciones laborales, socioculturales, deportivas, familiares y de las asociaciones de deporte adaptado donde la promoción y prevención de salud son importante. Si el proceso de rehabilitación comienza de forma temprana se previene y trata la aparición de disfunciones secundarias a problemas agudos y crónicos, ya sean estos congénitos o adquiridos de las personas.

## **2.5. Aportes del deporte a la superación de la Discapacidad.**

La discapacidad es una de las consideraciones de la fisioterapia más importantes por lo que no es de extrañar que el deporte se explore como un elemento para la rehabilitación, como estudios han indagado sobre los beneficios del deporte en el tratamiento de la discapacidad. Estos muestran entre otras cosas que hay una mejora en la calidad de vida y la satisfacción con la vida.

Se relaciona al deporte con la discapacidad en una mejoría del bienestar psicológico de personas con discapacidad de origen neurológico según Medina, Chamarro, Parrado (2013), en la adaptación de personas con parálisis cerebral, lesionados medulares. Como también en la recuperación de pacientes, luego del diagnóstico y tratamiento del cáncer sin dejar de ser igualmente beneficioso en personas con discapacidad intelectual tiene efectos psicosociales e impacta la participación relativa a la calidad de vida y la competencia social percibida por parte de la persona en situación de discapacidad (Hutzler, Chacham, Reiter, 2012).

Yazicioglu K., y otros (2012) notaron la falta de ensayos controlados que demuestren la relación entre la participación en el deporte adaptado, la calidad de vida (CdV) y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad física, por lo que propusieron y desarrollaron un estudio que comparó la calidad de vida y las puntuaciones de satisfacción de vida entre las personas con discapacidades físicas que participaron en deportes adaptados y los que no participan en ningún deporte. En un estudio controlado transversal; 60 personas con paraplejia y amputación participaron. Fueron divididos en dos grupos en función de la participación y la no participación en deportes. El grupo de control incluyó 30 personas con discapacidad que no participan en ningún deporte adaptado y el grupo uno incluyó a 30 atletas de élite con discapacidad que participaron en deportes adaptados. Se compararon con las puntuaciones de escala para calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF) y la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) entre los dos grupos. Lo que encontraron fue que el WHOQOL-BREF en puntuaciones de los dominios físicos, psicológicos y sociales fueron significativamente mayores en el grupo uno que en el grupo control ( $p! 0,05$ ), mientras que las puntuaciones de dominio del entorno fueron similares ( $p50.13$ ). Por otra parte, las puntuaciones SWLS fueron significativamente mayores en el grupo uno que en el grupo de control ( $p! 0,05$ ). Ellos concluyeron que las personas con discapacidades físicas que participaron en deportes adaptados tenían significativamente más alta calidad de vida y mayor satisfacción de vida en comparación con las personas con discapacidades físicas que no participan en ningún deporte adaptado. Siendo la calidad de vida un propósito de la rehabilitación, el anterior estudio nos muestra que el deporte nos brinda una opción valiosa para acercarnos a objetivos tan complejos para nuestro ejercicio profesional como lo es nuestro papel en el fomento de la calidad de vida de las personas.

### **3. La Rehabilitación**



### **3. 1. Definiciones**

La rehabilitación debe ser entendida y asumida como un proceso con el que se aborda a la persona en una condición que requiere desarrollarse e interactuar desde otras funcionalidades.

La rehabilitación es propuesta como “los procedimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales que sirven para el mejor desarrollo de las capacidades de la persona con necesidades especiales” (Zucchi, 2001), y también como un “conjunto de medidas encaminadas al logro de la máxima autonomía personal y al desarrollo de competencias sociales y culturales de las personas” (Congreso de la República de Colombia, 2007), desde un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. (Organización Mundial de la Salud, 2013). La Rehabilitación debe ser un proceso sistemático y organizado de entrenamiento para conseguir el más alto nivel de capacidad funcional, basando su aplicación en el enfoque integral de tratamiento.

La rehabilitación, en el marco de salud pública, es reconocida como una de las cuatro estrategias de salud en general, a saber son las estrategias preventivas, curativas, de rehabilitación y de apoyo. Esta perspectiva enfoca la discapacidad desde un manejo inter y transdisciplinar en que diferentes profesionales realizan la intervención sobre la persona en situación de discapacidad.

Según la ONU, la rehabilitación “Es un proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y /o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (que puede incluir la utilización de ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”

Monsalve (2011) propone que existen básicamente tres tipos de rehabilitación: la funcional, que es un conjunto interrelacionado de procesos, actividades, tratamientos e intervenciones cuyo fin es mejorar el pronóstico funcional. La rehabilitación basada en comunidad, encaminada a la integración de las persona en situación de discapacidad a la comunidad, la igualdad de oportunidades, implica la inclusión social y la toma de decisiones a nivel social. Por último la rehabilitación integral, que comprende una relación entre los procesos.

## **3.2. Los Profesionales de la Salud y la rehabilitación.**

El papel del profesional de la salud dentro de la rehabilitación para la actualidad, se enmarca en el Modelo Inclusivo de Derechos Humanos, donde el profesional debe enfatizar en la inclusión social y trabajar en grupos interdisciplinarios buscando como última medida el logro de la autonomía personal de cada una de las personas.

Este modelo de autonomía personal, “pone el acento en las capacidades del individuo y resaltar las relaciones sociales, que es conducido por el propio sujeto” (Gutiérrez y Caus, 2006) y promueve un análisis del sistema social buscando un cambio del mismo.

Según estos principios el profesional de la salud, en especial los fisioterapeutas, buscan “la inclusión de las personas con discapacidad en programas deportivos convencionales como un aspecto fundamental, en la promoción de estilos de vida activos y saludables para todos los individuos” (Gutiérrez y Caus, 2006) y también como un medio fundamental dentro de los procesos de rehabilitación. Por esto, como la meta debe ser la inclusión social, y no sólo la rehabilitación médico funcional; cuanto antes se inicie en el proceso con los elementos adecuados es menor el tiempo de dependencia de los servicios médicos y de transición a la inclusión de la persona en su rol social.

Cada profesional de la salud comprometido con la rehabilitación debe propender por una transversalidad en aras de hacer del proceso un sistema no fragmentado en el que siempre se favorezca al individuo y se optimice la inclusión y la adaptación.

### **3.3. Los Fisioterapeutas, la rehabilitación y el Deporte**

La fisioterapia ofrece servicios a individuos y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la capacidad funcional durante todo el ciclo de vida. Estos profesionales se ocupan de identificar y maximizar la calidad de vida potencial y el movimiento dentro de los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento/intervención, habilitación y rehabilitación, abarcando el bienestar físico, psicológico, emocional y social (WCPT, 2011).

El deporte y la fisioterapia tienen una relación histórica y conceptual; al igual que con todas las modalidades de ejercicio físico; ya que esta se ocupa del movimiento corporal humano del cual es lo que se vale el deporte; en el que se hace conciencia del movimiento corporal y lo lleva a un nivel elaborado de praxias mediante entrenamiento continuo y da cuenta de la expresión máxima de la funcionalidad del cuerpo humano. (Aguiló Pons A., Moreno Gómez C., Martínez Bueso P., Paz Lourido B., 2006)

La fisioterapia se vale de la AF y para la promover y rehabilitar la salud física de las personas y con ello contribuir a la salud de las poblaciones. Pero el estado actual de cosas es que es el deporte el que es servido por la fisioterapia mediante sus elementos diagnósticos y de tratamiento para la rehabilitación de las lesiones deportivas y avances en las investigaciones relacionadas.

En su práctica la fisioterapia se sustenta ampliamente en métodos y programas para desarrollar una rehabilitación efectiva, cada una de ellas con teorías y métodos bien fundamentados científicamente y con resultados satisfactorios en la práctica tales como los métodos Kabat, Bobath, Frenkel, Wood, entre otros. Por tanto es de anotar que no está entre los propósitos del presente trabajo reemplazar ningún método utilizado por la profesión con amplias bases científicas; pero lo que si busca es inducir a la comprensión del deporte adaptado como un complemento a dichos métodos y técnicas mediante el cual puede asegurarse una mayor temporalidad al proceso rehabilitador, favorecer el dinamismo y la continuidad, además asegurar una adherencia al mismo y con ello aproximarse a un proceso más integral. Durante la rehabilitación, los pacientes van a experimentar variaciones y cambios diversos, en especial por las cargas aplicadas y en si por la patología que se le esté tratando. Iniciado el proceso y definidos los elementos condicionales correspondientes al deporte, que van a favorecer la recuperación del paciente, se busca abordar las acciones que van a preceder a la práctica deportiva.

### **3.4. Beneficios del Deporte en la Rehabilitación.**

Como ya se expuso el deporte y la fisioterapia tienen una relación histórica y conceptual. Además, las actuales apreciaciones de la salud y la calidad de vida los conectan como estrategia para mantener la salud de la población.

En cuanto a características del deporte para la rehabilitación física de pacientes; que el presente trabajo resalta como importantes para el desarrollo de la planeación del proceso rehabilitador; por ejemplo, de pacientes con compromisos neurológicos, están el control motor y el aprendizaje motor en lo referido a cualidades y capacidades motrices a desarrollar o fortalecer en el individuo que recién sufre una alteración de su condición base, en caso de quienes por alguna razón llegan a requerir rehabilitación o para quienes ya su condición de base es la alteración del movimiento corporal.

Un ejemplo del rol del deporte en el ámbito clínico asistencial que citan en su libro López Chicharro J. y López Mojares L. (2008) es el programa Hospisport impulsado por el instituto Guttmann el cual promueve “la iniciación al deporte adaptado para personas con movilidad reducida que estén ingresadas en centros hospitalarios o socio sanitarios. El objetivo general del programa es favorecer el proceso de readaptación y reinserción social de las personas con discapacidad física ingresadas para su rehabilitación en los hospitales o centros socio-sanitarios utilizando el deporte como estímulo y complemento de la misma.”

El programa ofrece la oportunidad de continuar durante un largo periodo de tiempo haciendo deporte en las mismas instalaciones y con los mismos monitores, una vez que el paciente ha sido dado de alta hospitalaria. (Instituto Guttmann, 2014)

Coll Costa, J. (2012) asegura que una de las premisas de la recuperación es la neuroplasticidad; esta nos da cuenta del aprendizaje y la recuperación de funciones tras una lesión producida por traumas, accidentes vasculares, tumores o enfermedades degenerativas, no solo por la sustitución, sino buscando también la recuperación de las áreas dañadas (24)

La disminución de la actividad del GABA y el aumento de la acetilcolina por el ejercicio físico terapéutico producen la activación de vías neurales alternativas a la lesión desde áreas vecinas o distantes, fenómeno conocido por activación de vías directas ipsilaterales (eferencias directas desde la corteza motora al tallo cerebral y la medula espinal con trayectos diferentes en la cápsula interna), esto demuestra que la corteza motora es la diana del cambio plástico y secundariamente la corteza somestésica. (24)

De ahí que la rehabilitación física ejerza un efecto modulador sobre la neuroplasticidad a través de cambios plásticos en la representación cortical del movimiento o por aumento de la eficacia sináptica por activación o por plasticidad estructural que estabiliza los cambios que potencian las modalidades cruzadas. (24)

Respecto al ejercicio físico, lo señalan como fuente de desarrollo del cuerpo, del cerebro y la mente, mediante la inducción de cambios plásticos, ya que las fibras musculares cambian sus propiedades morfo-funcionales en respuesta a variaciones en los “patrones de activación” de las motoneuronas. (24)

Todas las funciones cerebrales son modificadas por la experiencia, entre ellas el control motor, dichas modificaciones no son azarosas, sino que se dan de manera ordenada y cuando se integran no terminan ahí, estas continúan en un proceso continuo, siendo esta una de las razones por las que es importante que el proceso rehabilitador se mantenga en un tiempo tal que acompañe el fenómeno fisiológico, tanto por que se dan de forma inmediata a ocurrida la alteración como porque es un continuo en la vida de las personas que se mantienen en la discapacidad.

Los deportes se constituyen en patrones motores elaborados con el fin de lograr el movimiento armónico, económico y eficiente; Zucchi D. (2001) refiere que no debe ser nunca un cúmulo de movimientos, ya que tiene sus fundamentos pedagógicos desde los cuales establece los objetivos de la actividad. Que además a través de la motivación que el mismo desencadena lleva a esfuerzos que superan aquellos que se realizan durante una sesión individual de trabajo físico. (7)

Al respecto de los patrones motores Coll Costa, J. (2012) considera menester señalar que la repetida realización de un patrón motor en neurorehabilitación fortalece el sustrato neurológico de éste, mejora su eficiencia y por ende la reeducación del movimiento normal, pero la no debida estimulación (repetida realización incorrecta del patrón) provoca la acentuación del patrón anormal, atrofia muscular o peor aún, la disfunción del sustrato neurológico de dicho patrón motor. El cerebro “aprende” con la ejercitación, por lo que se recomienda la repetición correcta y constante de un patrón motor para su mejora. (32)

Moré (2008) discursa sobre los enfoques y datos aportados por la neurofisiología que le permiten sustentar el proceso de la rehabilitación física en pacientes hemiparésicos crónicos a partir de varios postulados teóricos entre los que se encuentran los siguientes:

La plasticidad cerebral está presente toda la vida.

La adquisición y consolidación estructural y funcional se da en etapas en las cuales el progreso no es aparente (mesetas).

En el fenómeno de la neuroplasticidad tienen que estar presente determinadas condiciones tales como, el ambiente óptimo que induzca la socialización; la retroalimentación sensorial y propioceptiva múltiple interna y externa; la existencia de un programa que promueva el desarrollo de habilidades con sentido, tiempo y dirección; con evaluaciones periódicas de los resultados que permitan nuevos patrones de movimiento y aprendizaje en el contexto de una adecuada comunicación en la relación médico-paciente-terapeuta. (34)

La introducción del deporte de manera temprana al proceso rehabilitador puede favorecer la bio - adaptación a la nueva condición; o a la adquisición y potenciación de las condiciones requeridas para la continuidad de la vida cotidiana. Las sesiones de entrenamiento deportivo comparadas con la sesiones de terapias para la rehabilitación son extremadamente altas, lo cual no es lo que se pretendería, pero si buscar incrementar considerablemente el tiempo de atención en rehabilitación con una distribución racional de las horas de entrenamiento para el paciente con discapacidad; como también, buscar nuevas formas de organización del entrenamiento rehabilitador que se sustenten en condiciones racionales para la realización completa de las capacidades físicas y de adaptación del organismo con base a una interrelación entre los gastos y la recuperación de los recursos energéticos del paciente.

Verkhoshansky, Y. (2002) plantea dentro de las manifestaciones de la adaptación en el deporte:

- La adaptación a cargas físicas de diferente intensidad y duración: Aumento de las cargas de entrenamiento específicas y aplicación de medios y métodos orientados a la resolución de la tarea (por ejemplo, el perfeccionamiento deportivo técnico, la velocidad del ejercicio o el desarrollo de cualquier capacidad motora)

- La educación de las cualidades físicas: La preparación deportiva está relacionada con las influencias sobre los sistemas funcionales del organismo.
- Mejoramiento de las funciones psíquicas: preparación moral, volitiva y para una estabilidad psicológica(9-10)

Coll Costa, J. (2012) A los efectos de la adaptación en la rehabilitación, considera que debe tenerse en cuenta además: el mejoramiento de las funciones cognitivas, mejoramiento de los sistemas sensoriales y la recuperación de funciones motoras.(29) por que es necesario tener en cuenta que toda la corteza, no sólo el área responsable de una determinada función, se activa cuando se inicia una tarea dada; es por esto que la rehabilitación merece especial atención en cuanto a la planificación de los objetivos a lograr a todo nivel del individuo que la requiere.

Moré (2008) habla de que la concepción socio deportiva en la rehabilitación física se fundamenta además en los criterios de autores como Alonso y Peralta (2000); Aturralde (2003) que argumentan “Las adaptaciones biológicas con las que ocurre el proceso de rehabilitación por ejercicios físicos no distan en nada de lo planteado por la teoría del entrenamiento deportivo. No hay criterio de pausa, carga, densidad etc., que sea diferente según se trate de un sujeto sano o enfermo.”(18)

El deporte como núcleo central o como un elemento más para acercarse a la complejidad del proceso de rehabilitación influye directamente, por los mecanismos ya explicados, en los sistemas sensoriales, motores y cognitivos; en pacientes que permanecen mucho tiempo inactivos, y que desarrollan dependencia, no solo tienen alteración del movimiento si no también cursan con problemas psicológicos consecuencia de su discapacidad; que si el rehabilitador lo dirige a una práctica deportiva comenzando por realizar actividad física progresiva y de ahí llegar a una técnica deportiva la rehabilitación se podría optimizar.



Las técnicas corporales están moduladas por la cultura. Las propiedades de la subjetividad deportiva: violencia, agonismo, competencia, deseo o mito evidencian algo más que un repertorio de gestos técnicos. Le dan vida humana, le sacan la posible robotización o la alienación. Las prácticas corporales desplegadas en los deportes condensan intereses, expectativas sociales, utopías, fantasías, sueños, rituales. La trama cultural que nutre esos dispositivos en apariencia triviales de las técnicas del juego, son intensos y dramáticos. Hay una construcción social del deporte y una producción de subjetividades corporales. (Cachorro, G. 2012)

La capacidad técnica está mediada por componentes emocionales, volitivos, afectivos. El aparato anímico cumple un rol central en la instrumentación corporal, a tal punto que la fortaleza temperamental de algunos jugadores suele camuflar las limitaciones técnicas y motrices para imponerse en una competencia cuerpo a cuerpo contra un rival que dispone de un acervo motriz más rico, variado y extenso. (Cachorro, G. 2012)

## **4. El Deporte y la Actividad Física.**

### **4.1. Definiciones**

Garay P. y Hernández M. (2005). Citan a Giménez (2000) quien revisa sucintamente desde un punto de vista histórico, las características fundamentales de la actividad física y / o el deporte en diferentes períodos, como también a Navarro V. (1993) quien analiza seis diferentes perspectivas de análisis concernientes a la naturaleza del juego y del deporte: metafísica, semántica, estructural, psicológica, sociológica y pedagógica. Ellos se centran en el aspecto semántico, a pesar de reconocer la importancia de las restantes perspectivas. Ambos se resumen en la siguiente tabla\*:

Tabla 2: *Definiciones y diferenciaciones AF, deporte, juego.*

<b>Periodo histórico</b>	<b>Características de la actividad física y/o deporte</b>	<b>Periodo histórico</b>	<b>significaciones de los términos juego y deporte</b>
Prehistoria	Medio de vida, capital para la supervivencia (caza y pesca), actividades sencillas, naturales, que no presentan demasiadas reglas y exclusivas para hombres.		
culturas antiguas (Grecia y Roma)	Además de su utilización con fines militares, es importante para preparar los juegos helénicos, así como para la preparación militar y para incrementar la belleza corporal, aparece la idea de actividad física con objetivos higiénicos.		
edad media	Los fines higiénicos quedan apartados, conservándose exclusivamente para que los caballeros preparen la guerra (torneos)	Siglos XII y XIII	Solapamiento de significaciones de juego y deporte, acepciones de ambos lexemas: actividad recreativa, actividad para personas, broma, chanza, ejercicio físico, competición, divertirse y regocijarse.
renacimiento	Importancia para la salud (opinión de médicos y pedagogos), introducción de la educación física en los sistemas pedagógicos, la actividad física está limitada a la conservación de la salud.	Siglo XIV	Lexema juego: mayor frecuencia de utilización. Lexema deporte: comienzo de desaparición. Conservación del mismo significado que el periodo previo.
		Hasta el siglo XVI	Acepciones del lexema juego: jugar a algo, recrearse, divertirse, bromear, burlar, apostar o poner en suerte y juegos públicos. Acepciones del lexema deporte: actividad recreativa, placer, satisfacción, alegría + (ejercicio, gimnasia, espectáculo y ocio).

de renacimiento a siglo XIX	Suecos, franceses y alemanes dominan el progreso de la educación física, prescribiendo medicamente ejercicios terapéuticos con objetos de desarrollar el individuo. También se utiliza como medio de preparación militar, influencia del movimiento deportivo de Arnold en el surgimiento de deportes nuevos, sobre todo en Inglaterra. Mayor importancia que en las sociedades previas, surgimiento de nuevas corrientes de educación física, psicomotricista, expresiva, etc.	Siglo XVII	Unión de significados desaparición del termino deporte. El término juego abarca todas las acepciones: actividad recreativa, diversión, broma, burla, certamen deportivo, fiestas públicas, apuestas, movimiento, orden de colocación de cosas.
		Finales de siglo XVIII a siglo XIX	Ampliación del campo semántico de juego. Acepciones de juego: entretenerse, divertirse, ejercitarse, gimnasia o ejercicio físico, educación física, recreativo. Transformación verdadera del concepto deporte.
Actualidad	Aparición de distintas maneras de entendimiento del deporte. Deporte profesional, deporte escolar, etc. La actividad física – deportiva se convierte en un elemento fundamental para el entendimiento de la sociedad.	Finales del siglo XIX hasta la actualidad	Restablecimiento del termino deporte. La expresión de la acción, tanto en juego como deporte, se realiza utilizando un sola forma verbal: Jugar
*La Tabla es una adaptación de las presentadas en el texto de Garay P. y Hernández M. (2005).			

La Actividad Física (AF) es definida como “un movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía” (Henderson, 2009) por encima del metabolismo basal, y dentro de ésta están incluidas las actividades rutinarias del día a día, como las tareas del hogar, actividades laborales, aprovechamiento del tiempo libre, transporte, entretenimiento y actividades deportivas (García y otros, 2009). Adicionalmente la AF es intencional y además del gasto energético resulta en una experiencia personal que permite al ser humano interactuar con otros seres y el ambiente que lo rodea (García y otros, 2009).

El Deporte es uno de los tipos de AF. Aunque aún “nadie ha podido definir con general aceptación en qué consiste el Deporte” (Robles y otros, 2009), la Carta Europea del Deporte define éste como “todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o mejora de la condición física o psíquica y el desarrollo de relaciones sociales” (Unisport, 1992) y Castejón en el 2001 lo define de una forma más amplia como: “AF donde la persona elabora y manifiesta un conjunto de movimientos o un control voluntario de los movimientos, aprovechando sus características individuales y/o en cooperación con otro/s, de manera que pueda competir consigo mismo, con el medio o contra otro/s tratando de superar sus propios límites, asumiendo que existen unas normas que deben respetarse en todo momento y que también, en determinadas circunstancias, puede valerse de algún tipo de material para practicarlo” (Robles y otros, 2009). De manera que el Deporte evidencia fenómeno sociocultural y educativo basado en la libertad de elección, conocido por todos (Robles y otros, 2009) que alienta a los contactos entre los ciudadanos, refuerza los lazos entre los pueblos y desarrolla la conciencia de una identidad cultural (Unisport, 1992).

Según Sebastián (2013) el Deporte moderno tiene tres principios: el secularismo, la igualdad y el espectáculo de masas. El primero se basa en una “religión civil” donde se favorece el carácter nacional por encima del mágico-místico, en el segundo se fomenta la igualdad de oportunidades, basada en el seguimiento y respeto de unas reglas establecidas, que posibilita el acceso para todas las personas sin excepciones, y el tercero el Deporte como un espectáculo de masas se transforma en un factor de “estabilización del orden social” (Sebastián, 2013).

## **4.2. Clasificación**

Para este documento se establece la acogida a la categoría Deporte, sin desconocer que tratándose de un enfoque hacia las personas en situación de discapacidad se enmarca en lo que se clasifica como deporte adaptado los cuales presentan características específicas diferentes a otros tipos de deportes, siendo necesarias diversas adaptaciones en la actividad físico deportiva para que las personas con discapacidades puedan practicarlo. Y que por otro lado el deporte adaptado se enmarca dentro de lo es la actividad física adaptada (AFA).

La AFA es concebida por la International Federation of Adapted Physical Activity IFAPA como una “actividad en la que se busca una atención especial para las diferencias individuales (discapacidades), orientada a la realización de la AF para la que se requieren adaptaciones o modificaciones” (García y otros, 2009) y sus ideas son originarias del siglo XX.

Fue sir Luwing Guttmann (neurólogo) fundador del hospital Stoke Mandeville en Inglaterra (1945) quien, al realizar un programa de tratamiento para las personas con lesiones medulares en el que incluía AF y deporte, abrió así una entrada de estos dos elementos a la rehabilitación. El Deporte bajo la AFA puede realizar cambios y adaptaciones en el equipamiento, el entorno, la tarea y las reglas. (García y otros, 2009).

Se reconoce una relación deporte y salud según lo que se evidencia en la literatura, desde opiniones de expertos, reportes de experiencias y estudios, dada en que el deporte posee estrategias pedagógicas, fisiológicas, psicológicas y socioculturales en los que pueden identificarse elementos claves para la rehabilitación de la discapacidad, brinda beneficios adicionales al disminuir las barreras en la participación, permitiendo una mayor interacción social, una mayor autonomía y en muchos casos una mejora en la calidad y opciones de vida. (Henderson, 2009).

### **4.3. El deporte en el marco de derechos**

Teniendo en cuenta que la OMS y la OPS establecen que la AF, específicamente para objetos de este trabajo el deporte, es una de las estrategias “más importantes que promueven el bienestar humano” y mejora la salud de las personas y las comunidades (León y otros, 2010); se establece el deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre como un derecho de la persona (García, y otros, 2009).

Por lo tanto, el Estado debe garantizar el “deporte para todos” (Henderson, 2009), creando estrategias que impulsen cambios multisectoriales y aseguren la compatibilidad de las políticas con la prácticas del deporte en todas las poblaciones desde la accesibilidad, inclusión social y aporte de recursos (León y otros, 2010).

Basándonos en todo lo anteriormente mencionado, la ONU identifica al Deporte como un medio para promover la educación, la salud, el desarrollo y paz en las naciones, por lo que invita a los gobiernos entre otras cosas a:

- “Promover la función del deporte y la educación física para todos al impulsar sus programas y políticas de desarrollo encaminadas a sensibilizar sobre la salud, fomentar el afán de superación, salvar las diferencias culturales y consolidar los valores colectivos” (Organización de la Naciones Unidas, 2005).
- “Trabajar colectivamente para que el deporte y la educación física ofrezcan oportunidades de solidaridad y cooperación a fin de fomentar una cultura de paz e igualdad social y de género, así como de propiciar el diálogo y la armonía” (Organización de la Naciones Unidas, 2005).
- “Seguir promoviendo el deporte y la educación física, con arreglo a las necesidades determinadas localmente, como instrumento de salud, educación y desarrollo social y cultural” (Organización de la Naciones Unidas, 2005).

Por lo cual, el Estado está comprometido bajo la parte normativa-legal, especificada en el Marco Normativo, a facilitar la inclusión del deporte para todas las personas y por lo tanto dentro de los procesos de rehabilitación, de manera que debería establecerse como políticas fundamentales dentro del plan nacional de salud por sus altos beneficios que son duraderos relacionados con los bajos costos, en comparación con otras estrategias terapéuticas de los grupos de rehabilitación.

El papel del estado en la promoción del deporte como medio para mantener la salud individual y colectiva, se encuentra estipulado en la constitución; y se espera que sea a través de las instituciones de salud y rehabilitación que se promueva el deporte para las personas en situación de discapacidad.

Desde el modelo de análisis de la calidad en prestación de servicios de salud de Donabedian, A. (1984) que establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluar la calidad; nos aproximamos a los profesionales de salud y las instituciones; para detectar factores favorecedores o no favorecedores para la inclusión del deporte adaptado en los servicios ofrecidos a los usuarios. Para Donabedian, la calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tiene tres orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia, b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y c. valores y expectativas sociales, que determinan la legitimidad.

## **Metodología**

### **1. Tipo, ámbito de estudio y población.**

#### **Criterios de selección de los participantes**

Estudio descriptivo-exploratorio, de enfoque cualitativo que utiliza como técnicas el análisis documental, las entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Se realizó un análisis narrativo del contenido de los documentos, entrevistas y grupos focales. Los datos fueron segmentados por grupos de actores y temáticas. El presente trabajo se estructuró en dos etapas: la primera parte se centró en una revisión documental, en la que se exploraron las bases de datos como science direct, Scielo - Scientific Electronic Library Online, Springer Journal, REDALYC, OVID – Journals, Pubmed, Scopus entre otras; con las siguientes entradas de búsqueda: deporte y discapacidad; deporte en rehabilitación temprana; deporte y rehabilitación desde fisioterapia. La segunda, diseño y realizó un ejercicio exploratorio mediante técnicas de entrevista a profundidad a profesionales de la salud relacionados con la rehabilitación, en especial a los fisioterapeutas, y grupos focales a usuarios y sus familiares y/o cuidadores.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, en instituciones que por su razón social desarrollan labores de rehabilitación, con las que se pudo establecer contactos y acuerdos para el desarrollo de esta investigación. Las instituciones participantes incluyeron:

1. Una asociación, deportiva y social de derecho privado, sin ánimo de lucro, que tienen como fin fomentar y ejecutar programas de interés público, social, deportivo, recreativo y cultural dirigido a población con alto grado de vulnerabilidad. La asociación busca realizar acciones de apoyo social encaminadas a mejorar la situación de personas en situación de discapacidad y en el ámbito deportivo establece convenios con el IDR (instituto distrital de recreación y deporte). Con esta asociación se realizó un trabajo de, acompañamiento durante un mes y medio una vez a la semana; se desarrollaron talleres con temas a solicitud de la asociación con el fin de establecer un vínculo de confianza que permitiera un adecuado desarrollo del proceso. Cabe anotar que no se hizo referencia a la naturaleza del estudio durante el acompañamiento de esta investigadora con el propósito de no influenciar de ninguna forma las actitudes de los participantes.



En esta asociación se llevó a cabo un grupo focal y dos entrevistas semi - estructuradas a una mujer cuidadora de joven con discapacidad cognitiva y a un educador físico magister en educación física y deporte. Para esta institución la identificación de los participantes se estableció de la siguiente manera:

Para las entrevistas:

P1: profesional entrenador del equipo de baloncesto de la asociación de discapacitados físicos.

C5: madre de joven con discapacidad cognitiva tipo retardo mental leve moderado

Para el grupo focal:

U1: mujer joven deportista con hemiparesia derecha,

U2: hombre adulto deportista con lesión medular baja,

U3: hombre adulto deportista con lesión medular alta,

U4: hombre adulto deportista con síndrome pospoliomelitis,

U5: hombre adulto con amputación de miembros inferiores.

2. Fundación de rehabilitación infantil, entidad privada sin ánimo de lucro cuyo propósito es apoyar a la población con discapacidad motora (Parálisis Cerebral, Retardo en el Desarrollo Psicomotor, Síndrome de West, Hipotonía, entre otros diagnósticos), brindando una atención integral basada en el enfoque de Neurodesarrollo. En esta fundación se realizaron dos entrevista en profundidad a fisioterapeuta especialista en neurodesarrollo y a terapeuta ocupacional con igual especialización, un grupo focal con cuidadores y familiares de niños con parálisis cerebral. Para esta institución la identificación de los participantes se estableció de la siguiente manera:

Para las entrevistas:

P2: profesional fisioterapeuta especialista en neurodesarrollo.

P3: Profesional terapeuta ocupacional fundación rehabilitación infantil

Para el Grupo focal con cuidadoras y cuidador fundación rehabilitación infantil:  
gfc/C

C1: Madre de niño con parálisis cerebral mixta,

C2: madre de niño con parálisis cerebral cuadriparesia espástica,

C3: mujer cuidadora de niño con parálisis cerebral espástica,

C4: hombre cuidador de niño con parálisis cerebral espástica.

3. Consultorio privado de rehabilitación que atiende pacientes con patologías de origen laboral o lesiones de origen deportivo. Brinda atención basada en enfoque de rehabilitación funcional. Para esta institución la identificación de los participantes se estableció de la siguiente manera:

P4: Profesional fisioterapeuta magister en actividad física y deporte.

4. Adicionalmente, se entrevistó a Deportista en situación de discapacidad con experiencia en deporte y rehabilitación de un programa de un hospital de la ciudad. La identificación del participante se estableció de la siguiente manera:

U6: deportista en situación de discapacidad.

Los participantes fueron seleccionados buscando dar cuenta de un espectro representativo del tema de la discapacidad. El siguiente cuadro describe esta situación y la técnica utilizada para su participación:

Tabla 3: *Situación y la técnica utilizada para participación.*

<b>Grupos</b>	<b>Discapacidad física</b>	<b>Discapacidad cognitiva</b>	<b>Discapacidad Física</b>	<b>Discapacidad neurológica</b>	<b>Profesionales de salud</b>
<b>Descripción</b>	Lesión medular, amputados, polio, hemiparesia	retardo mental	Amputado o MII	Parálisis cerebral,	Fisioterapeutas, TEO, otro.
<b>Metodología</b>	1)Grupo focal con usuarios (1 grupo de 5 participantes)	Entrevista semi estructurada con cuidadores (1persona)	Entrevista semi estructurada con usuario	Grupo focal con cuidadores (1 grupo de 5 participantes)	Entrevista semi estructurada con profesional (4 profesionales)

## **2. Definición de las variables y categorías**

La investigación buscó describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales, usuarios y cuidadores, como participantes del proceso de rehabilitación, en relación con la discapacidad, la rehabilitación y el deporte.

Se consideraron los siguientes aspectos:

## 2.1. Variables sociodemográficas de los profesionales de salud, los usuarios y los cuidadores. Este componente incluyó:

Tabla 4: *Variables sociodemográficas de los participantes.*

VARIABLE	CONDICION	INDICE
Edad Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de entrevista.	Mayor a 18	Años
Género Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas, Anatómicas, y fisiológicas.	Masculino Femenino	M F
Estrato Socioeconómico: Son una forma de estratificación social basada en las remuneraciones o los impuestos que pagan las personas	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Registro del Estrato
Estado civil actual Condición particular, que caracteriza a una persona, en lo que hace, o sus vínculos personales con individuos del otro sexo.	Soltero Casado Separado Viudo Unión Libre Religioso Otro	1 2 3 4 5 6 7
Nivel educativo Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación colombiano.	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Nivel Técnico Nivel Tecnológico Especialización	N PI PC SI SC NT NTL ESP MG DOC

	Maestría Doctorado	
Situación ocupacional actual Ocupación actual: trabajo, empleo u oficio.	Empleado Trabajador Independiente Estudiante Jubilado Pensionado por invalidez Desempleado Ama de casa Otro	EMP TI EST J Pxl Des AC O
Tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud El SGSSS es la forma como el Estado Colombiano brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros. (Ministerio de la Protección Social)	No afiliado Subsidiado Contributivo Régimen Especial	0 1 2 3
Diagnóstico médico El diagnóstico es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o Cualquier condición de salud enfermedad. El CIE10 es la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.	Diagnóstico médico según CIE10	Registro del Dato

La definición sobre los términos y el sentido como se van a utilizar en la presente investigación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 5: *Variables y categorías relacionadas con C.A.P. en rehabilitación, deporte y discapacidad*

<b>variables y categorías relacionadas con CAP(s) en rehabilitación, deporte y discapacidad</b>				
<input type="radio"/>	<b>VARIABLES</b>	<b>CONOCIMIE</b>	<b>ACTITUDES:</b>	<b>PRACTICAS.</b>

<p><b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b></p>	<p><b>NTO:</b> Condición vital y relevante para el proceso de entendimiento o y explicación de un fenómeno.</p>	<p>Elemento clave del sujeto que sustenta en parte sus representaciones sociales. Se pueden comprender como las predisposiciones hacia un determinado fenómeno las cuales poseen componentes emotivos o afectivos, conductuales y cognitivos.</p>	<p>Se considera como práctica la acción de aplicar o poner en uso algo que se ha aprendido. Estas están mediadas por los conocimientos y las actitudes en un marco contextual amplio que pasa por las organizaciones y disposiciones sociales, políticas y económicas</p>
<p><b>CATEGORIAS</b></p>	<p><b>PREGUNTAS ORIENTADORAS</b></p>		
<p><b>1. DISCAPACIDAD</b> : Según la CIF la Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.</p>	<p>¿Qué es discapacidad ?</p>	<p>¿Usted/es consideran que las personas en situación de discapacidad pueden hacer deporte? Qué factores influyen en esa práctica deportiva? Cuáles son los impactos? ¿Cuáles deportes reconoce/n usted/es que las personas en situación de discapacidad puedan practicar saliendo de procesos agudos?</p>	<p>¿Qué hace/n las personas en situación de discapacidad para practicar deporte?, ¿Para qué hace/n deporte?</p>
<p><b>REHABILITACIÓN</b> Proceso que posibilita a las personas una la</p>	<p>¿Qué es la rehabilitación ?</p>	<p>¿Cómo imagina/n qué debe ser la rehabilitación?, ¿Cómo se ha/n sentido con la</p>	<p>¿Qué fortalezas y debilidades identifica/n de los profesionales de salud, los usuarios y</p>

<p>adaptación a la vida que exige el desempeño cotidiano en los diferentes ámbitos (personal, educativo, familiar, social); mediante un conjunto de mecanismos que permiten lograr la inclusión de los sujetos a dichos ámbitos con la mayor autonomía.</p>		<p>rehabilitación que vivenció/aron hasta ahora y qué espera/n del proceso?</p> <p>¿Usted/es considera/n que el deporte puede tener un papel en el proceso de rehabilitación? ¿Por qué? ¿Cuál sería ese papel? ¿Cómo sería?, ¿En qué momento sería más adecuado?</p>	<p>los cuidadores al interior del proceso de rehabilitación en materia de práctica deportiva para las personas en situación de discapacidad?</p> <p>¿Le/s han ofrecido la posibilidad durante la recuperación de que practique/n deporte? ¿Quiénes?, ¿En qué momento de la rehabilitación?, ¿Cuáles fueron las condiciones que les sugirieron para practicar deporte? ¿Dónde?, ¿cuándo?</p>
<p><b>DEPORTE SALUD Y REHABILITACIÓN</b></p> <p>Los programas que incluyen el deporte en la rehabilitación favorece el proceso de readaptación y reinserción social de las personas con discapacidad ingresadas en los hospitales o centros sanitarios donde es utilizado como</p>	<p>¿Qué es deporte?</p> <p>¿Cómo es la rehabilitación? ¿de que elementos se vale, o que es necesario para llevarla a cabo?</p> <p>¿Existe relación entre la práctica del deporte, el bienestar y la salud?</p>	<p>¿Experimentó/aron cambios cuando empezó/zaron a practicar deporte y desde cuando inició/aron?, ¿se había/n recuperado completamente o aun asistía/n a terapias en el hospital?</p> <p>¿Usted/es piensa/n que con el deporte se puede incidir sobre la rehabilitación y el bienestar para las personas en situación de</p>	<p>¿Desde dónde se han promovido acciones que les permitan acceder al deporte como parte del proceso de rehabilitación?</p> <p>¿Qué se hace/n desde la organización del sistema de salud para relacionar el deporte con la rehabilitación del usuario en situación de discapacidad?</p>

	estímulo y complemento de la rehabilitación.		discapacidad? ¿de qué manera?	
--	--	--	-------------------------------	--

## **2.2. Técnicas, Instrumentos, evaluación de pares, validez de contenido, prueba piloto**

La presente investigación, utilizo técnicas las “entrevistas en profundidad” semiestructuradas y el grupo focal Se elabora un gui3n sobre los temas centrales que se abordan. En las entrevistas se aplican los procesos fundamentales de comunicaci3n y de interacci3n humana.

En la presente investigaci3n se escogen estas t3cnicas, la entrevista en profundidad y el grupo focal para an3lisis cualitativo, por las ventajas que aporta su estilo abierto que permite obtener mucha informaci3n intensiva, holística, contextualizada, y personalizada sobre el tema de estudio; con ellas se realiza un diseño flexible de la investigaci3n, ya que permiten mantener el potencial exploratorio para la caracterizaci3n de los CAP(s) sobre los temas de inter3s.

De esta tabla organizadora se generaron los formatos que fueron sometidos a evaluaci3n de pares evaluadores los cuales fueron escogidos por criterios de experiencia en investigaci3n cualitativa del 3rea curricular a donde pertenece la investigadora con el objetivo de mantener el punto de vista fisioterap3utico para los temas a tratar.

Para la validez de contenido del instrumento, tanto para grupo focal como entrevistas, se evalu3 la pertinencia y la suficiencia entre variables y categorías como tambi3n la claridad del mismo. La evaluaci3n de pares fue positiva reportándose correcciones m3s relacionadas con la forma de las preguntas orientadoras (ver anexos).

Con el fin de probar el instrumento se llevó a cabo una prueba piloto en las condiciones previstas, con la participación de cinco personas en el grupo focal y el desarrollo de una entrevista a profundidad, de la cual se obtienen los aprendizajes previos para disminuir los errores durante la aplicación del instrumento, particularmente en lo relacionado a la habilidad de la entrevistadora para el desarrollo de la técnica.

### **3. Consideraciones éticas. Consentimiento informado**

La presente investigación analiza las CAP(s) respecto la discapacidad, la rehabilitación y el deporte, entre profesionales, usuarios y cuidadores, Dadas las características del tema, y para garantizar la confidencialidad de los participantes y la información suministrada, se diseñó y entregó un formato de consentimiento informado que luego fue leído y aclaradas las dudas, fue firmado (ver anexos). Los informantes, acceden libremente a ser entrevistados y grabados durante la entrevista.

### **4. Procedimiento para la recogida de datos.**

Los datos generados en las entrevistas profundidad y grupos focales a los entrevistados/as se recogen con dos grabadoras digitales, que incluye un programa informático para guardar los datos en el PC, para luego ser transcritos. Las entrevistas tienen un intervalo de tiempo para su realización previsto que oscila entre una hora ahora y media.

Las entrevistas se transcriben a formato Word, y se siguen con fidelidad lo narrado. En ellas están se identifican a las personas con los códigos asignados con anterioridad.

### **5. Estrategias de análisis. ATLAS TI.**

El análisis de los datos se realiza con la ayuda del programa informático ATLAS TI, en la versión 6.0. Las etapas que se siguen son las siguientes:



- 1- se procede a una lectura inicial en formato Word, se anotan las impresiones.
- 2- Se preparan las entrevistas para convertirlos en documentos primarios adecuados al programa informático.
- 3- Se crea una unidad hermenéutica en el AtlasTi, asignándole los documentos primarios.
- 4- se crean códigos y se inicia la codificación sobre temas sobresalen en las entrevistas. Para saber a qué corresponde cada código se nombran con la variable, guion seguido a que categoría corresponde.
- 5- Se evalúa el método utilizado y la claridad del código hallando la necesidad de cambiar el método, porque son muchos datos y se prevé que no se pueda realizar bien el análisis. Se termina esta codificación.
- 6- Se procede a realizar el cambio siguiente. Se rediseñan los códigos y se agrupan por semejanzas, luego por categorías sin separar el origen de la cita y se crean tres unidades hermenéuticas: una de conocimiento, una de actitudes y otro de prácticas.
- 7- Se procede a la codificación de cada unidad hermenéutica con códigos temáticos. Se adjudican a cada código el extracto de entrevista correspondiente. En algunos códigos se adjuntan comentarios o posibles explicaciones o aclaraciones.
- 8- Se busca otra ruta de análisis por concordancias en las temáticas en los tres grupos para determinar unas ideas de fuerza.
- 9- Se extraen de la unidad hermenéutica los archivos con los códigos y extractos de entrevista de cada uno de los temas. Se analiza cada tema extraído de los datos por separado.
- 10- Se sintetizan los códigos buscando las relaciones entre ellos, ya sea porque corresponde a una idea positiva, negativa o porque sea de alta intensidad o baja intensidad. Se analizan los códigos, los extractos de entrevista correspondientes y los datos teóricos de bibliografía. Se procede al inicio de la redacción.
- 11- Se describe cada categoría por cada actor y se procede a la identificación de las citas más relevantes a ser descritas en cada variable. Se procede a la construcción del texto.

12- Se revisa el texto de resultados del estudio, se busca dar limpieza al texto para facilitar su lectura sin sacrificar la profundidad del análisis.

13- Una vez realizada la revisión del texto, en cada una de sus partes se procede a la redacción de las conclusiones finales.

## **Resultados de la investigación**

La presente investigación caracteriza los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales, los usuarios y los cuidadores respecto al uso del deporte en los protocolos de rehabilitación de las personas con discapacidades. La exploración se llevó a cabo con 6 usuarios, 5 cuidadores, 3 profesionales del área de rehabilitación y un entrenador físico magister en deporte adaptado.

Se exploró sobre los CAP(s) de los actores de la rehabilitación en relación a las categorías discapacidad, rehabilitación y deporte para dilucidar cuales son las relaciones que se dan entre ellas y de este modo dar respuestas a los objetivos planteados para esta investigación.

Luego del procesamiento de la información en el programa Atlas-Ti se analizaron las respuestas mediante la codificación de los cuales se seleccionaron las ideas que tenían mayor representación entre las tres poblaciones, de las cuales resultaron 15, de este conjunto de ideas se han identificado puntos convergentes, de contradicción o divergentes y desde allí se organiza la caracterización final y con ella las recomendaciones correspondientes a los objetivos trazados. El siguiente cuadro muestra cómo se abordara el proceso de presentación de resultados:

Tabla 6: *Proceso para presentación y análisis de resultados*

Descripción resultados		Discusión de resultado		
Va ria ble	Lo dicho: (cita, código, identificación derivados de Atlas - Ti)	Comentario	Análisis	Cat ego ría
<b>Conocimiento</b>	<p><b>P2:</b> “La discapacidad la entiendo yo como ausencia de oportunidades en una ciudad, en un contexto educativo, en un contexto social y es como la dificultad como para ejercer los derechos en igualdad de condiciones así como estamos todos.”</p> <p><b>U6:</b> “Es una forma de vida y como me decía mi esposa que es fisioterapeuta, usted no es una persona discapacitada sino una persona con retos”</p> <p><b>C5:</b> “La discapacidad, o sea, falta de...no se me explicar, es como una limitación como a ciertos roles que uno puede desempeñar”</p>	<p>Representa limitación, desde la posición externa a ellos mismos; como lo que no se les permite hacer o lo que no pueden hacer porque sienten - creen que no los dejan hacer; pero finalmente todos coinciden en que la discapacidad significa superación de retos.</p>	<p>Sobre discapacidad si hay conocimiento de lo que significa en términos de limitaciones físicas, psicológicas o cognitivas, barreras, ausencia de oportunidades, secuelas permanentes, hallándose una concordancia con lo encontrado en la literatura y sobre todo con lo planteado por la CIF. Difieren las percepciones de los usuarios ya que estos incluyen en su definición actitudes de autopercepción.</p>	<b>Discapacidad</b>

Actitudes	<p><b>P1:</b> “Para mí la discapacidad es un término que se ha utilizado erróneamente, la discapacidad es, si nos vamos literalmente, es no ser capaz o ser menos capaz de una habilidad, una persona que tenga algún tipo de lesión no se le puede llamar discapacitada ya que él por otros medios está solventando esa necesidad que tiene,(...)”</p> <p><b>C4:</b> “Yo no le veo un avance a futuro porque él tiene problemas de atención y no se puede concentrar, si uno no le exige mas no lo logra, si a él se le exige yo sé que puede dar más, pero no se esfuerza (...). Pero él no ha mejorado en concentración.”</p> <p><b>U1:</b> “(...), la parte medica siempre espera poco de uno, de mi creían que yo iba a quedar postrada en una silla y que no podría caminar, que no podría hacer ningún deporte ni nada...”.</p>	<p>La actitud percibida de los P favorable por que no está limitada a la deficiencia, la actitud que perciben los U es desfavorable hacia ellos por q se sienten subestimados .</p> <p>La de los C es mediana/negativa hacia la discapacidad</p>	<p>Cuando se piensa la discapacidad como una condición estática que depende solo de las condiciones físico orgánicas del individuo la actitud que surge hacia esta condición es negativa, desfavorable, y la tendencia hacia el cambio pone retos muy grandes tanto a P como a U.</p> <p>subestimación, segregación, cohibición es lo que en general manifiestan cabe anotar que la visión de los P está dada por la formación que haya tenido, de experiencias que tiene en la ocupación.</p>
-----------	--	--	--

Prácticas	<p><b>P2:</b> “debemos ver lo facilitadores que podemos ser si abrimos la mente. No estar tan parados en las limitaciones y las dificultades, porque si seguimos así podemos seguir muy acostumbrados a no ver las habilidades y las potencialidades”</p> <p><b>C3:</b> “...porque lo que siento es que a estos niños no les ponen nada de cuidado y atención, no hay programas para ellos y menos con deporte, (...). Porque lo que tienen las EPS(s) eso no es nada, uno sabe que en otros países a los niños así les tienen buenos programas, porque así tengan apariencia extraña ellos son muy inteligentes lo que hace falta son buenos proyectos para que ellos puedan seguir adelante.”</p>	<p>Falte de prácticas más acordes con la situación de discapacidad, acciones no coordinadas. Ausencia Proyectos más integrales.</p>	<p>Se evidencia una profunda desintegración de las acciones dirigidas a la disminución del impacto de la situación de discapacidad los C notan la ausencia de programas de apoyo, los P evidencian que son las limitaciones las que ocupan gran parte de las acciones pero lo que está bien lo dejamos de lado, no estamos acostumbrados a atender lo que esta para potenciar.</p>
-----------	---	---	--

## 1. Perfiles sociodemográficos

**El grupo de Usuarios:** este colectivo estuvo mayoritariamente representado por personas de género masculino; en edades entre los 22 y 56 años, en promedio pertenecientes a los estratos socioeconómicos entre 1, 2 y 3, con niveles educativos de escolaridad entre secundaria incompleta y tecnológico. En cuanto a la situación ocupacional en su mayoría se reportaron como trabajadores independientes en primer lugar y en segundo lugar como desempleados. Mantienen afiliación al sistema de seguridad social en salud tipo subsidiado. Los diagnósticos corresponden a discapacidad física y cognitiva. En el grupo focal participaron dos deportistas paralímpicos medallistas de oro y plata, mientras que los tres restantes son deportistas aficionados, que participan en torneos locales en la ciudad.

**El grupo de cuidadores** está representado en su mayoría por madres de niños entre los 7 y 13 años con diferentes tipos de parálisis cerebral y autismo. Las edades oscilan entre los 25 y 42 años, reportaron pertenecer a estratos socioeconómicos 1 y 2, niveles de escolaridad entre secundaria incompleta y nivel tecnológico, respecto a la situación ocupacional reportan ser en su mayoría amas de casa y trabajadoras independientes. Mantienen afiliación al sistema de seguridad social en salud tipo subsidiado. Los diagnósticos de los niños corresponden a discapacidad motora.

**El grupo de profesionales** en su mayoría de género femenino cuentan con edades entre 34 y 42 años, reportaron niveles de estratificación socioeconómica entre 4 y 5, con niveles educativos de escolaridad entre especialización y maestría. La situación ocupacional referida fue de trabajador independiente, y empleados. Mantienen afiliación al sistema de seguridad social en salud de modalidad contributivo.

## **2. Los conocimientos que construyen y son construidos en el marco de la discapacidad, la rehabilitación, y el deporte**

En cuanto a la discapacidad hubo consenso en el conocimiento suficiente sobre la misma; por parte de algunos de los profesionales se evidencia un reconocimiento de orden anatómo -fisiológico de alteración a nivel de estructuras y funciones del cuerpo del individuo:

P4: “discapacidad es...ya definitivamente un desorden, es perder una función que ya no vas a recuperar es decir la discapacidad se da en lesiones permanentes, estamos hablando de la lesión medular, de las lesiones neurológicas a nivel físico.”

Mientras que por otro lado se evidencia una lectura de la discapacidad de manera más amplia donde la discapacidad se sitúa más allá del cuerpo del individuo, involucra otras esferas de contexto, participación y derechos:

P2: “La discapacidad la entiendo yo como ausencia de oportunidades en una ciudad, en un contexto educativo, en un contexto social y es como la dificultad como para ejercer los derechos en igualdad de condiciones así como estamos todos.”

Para los usuarios y cuidadores representa limitación, desde la posición externa a ellos mismos; como lo que no se les permite hacer o lo que no pueden hacer porque sienten - creen que no los dejan hacer; pero finalmente todos coinciden en que la discapacidad significa superación de retos:

C5: “La discapacidad, o sea, falta de...no se me explicar, es como una limitación como a ciertos roles que uno puede desempeñar”

Gfu/U4: “la discapacidad es algo que encierra tantas cosas, como lo decía el compañero un nuevo vivir para aquellos que su discapacidad viene de un accidente u otras cosas. En el caso mío yo crecí con ella, pero para mí no hubo discapacidad (...) la supe sobre llevar, no tuve esas situaciones de qué hacía y no hacía porque viví con ella; pero la discapacidad yo creo que está en la mente de las personas, porque discapacitados no hay, tenemos alguna falencia a nivel corporal pero de resto uno mismo es el que sale adelante para mi discapacidad en si no hay, tenemos falencia no más.”

U6: “Es una forma de vida y como me decía mi esposa que es fisioterapeuta, usted no es una persona discapacitada sino una persona con retos”

Los conocimientos sobre rehabilitación, y en especial de los profesionales, son instituidos predominantemente de un modelo clínico. De ellos se identifican dos posiciones conceptuales, la rehabilitación funcional y la rehabilitación integral la primera se mencionó como medio para devolver o acercar al individuo a la normalidad física y funcional y la segunda como proceso para integrar a la persona a los diferentes ámbitos socio-contextuales, para ambas se mencionan protocolos y tiempos que obedecen a un contexto de la clínica.

P2: “La rehabilitación la entiendo yo como un proceso integral donde no solo miramos la parte clínica de una persona sino que miramos todo un contexto biopsicosocial, el contexto en que se desarrolla, su familia y es dar un aporte y entender un poco esos contextos para poder trabajar en sus necesidades”

P4: “Rehabilitación es la capacidad que se tenga de:... cómo su nombre lo dice volver a habilitar, recuperar una función, (...), por lo menos en el nivel en que estaba pre- lesión o en mejores condiciones que es lo que nosotros estamos buscando, para mí eso es la rehabilitación incorporar a la persona al nivel mínimo de lesión en lo posible y si no en mejores condiciones.”

Por parte de los usuarios y cuidadores la rehabilitación significa superación, medio para la independencia, la integración y la aceptación, la concordancia se da en que las metas del profesional para la rehabilitación, para los usuarios es la rehabilitación misma:

C5: “Rehabilitarse es integrarse a un grupo donde uno sea aceptado, hacer cosas que uno no ha hecho por ejemplo que por X o Y motivo uno no tiene acceso a hacerlas y llevar una vida independiente, o sea eso para mí es rehabilitarse.”

Gfu/U2.: “Para mí rehabilitación es Fuerza de superación de uno mismo, salir adelante y no meterse en el cuento que si le falta una parte del cuerpo, uno estarse ahí, sino salir adelante.”

“Gfu/U4: “La rehabilitación es algo fundamental para aquella persona que está en esta situación, que llegue a su independencia y libre locomoción.”

Durante el trabajo de campo en que se llevó a cabo la observación se pudo constatar que en cuanto a conocimiento de las diferencias entre los conceptos deporte y deporte adaptado la población no reconoce el deporte adaptado, solo reconocen deporte, por lo que se utilizó el termino sin el calificativo, sin con ello desconocer que teóricamente existe la derivación conceptual.

Los conocimientos sobre deporte son suficientes; cabe anotar que en los tres grupos se destacó que el deporte es más que actividad física, que impone una gran demanda a nivel físico y psicológico, lo catalogaron como “fuerte” y “agresivo” para el cuerpo, que es de “competencias” y “rendimiento” pero estas respuestas estuvieron más enfatizadas en los profesionales que en los usuarios y cuidadores quienes hicieron el énfasis en que el deporte si es de mayor exigencia que otras actividades físicas, pero que es de mayor utilidad a la hora de trabajar sus habilidades y potencialidades.



Por otro lado, se distingue un conocimiento moderado sobre deporte para la rehabilitación; derivado ya no desde una formación académica, sino más bien de las experiencias llevadas a cabo por cada uno. Los profesionales que trabajan con niños en situación de discapacidad mostraron la mayor experiencia con deporte adaptado, mientras que los adultos usuarios en situación de discapacidad mostraron una correspondencia con estos profesionales, por su parte los cuidadores presentan menos conocimientos por experiencia al igual que los profesionales que trabajan con adultos en situación de discapacidad.

Gfu/U4: “bueno para mí, yo si digo que el deporte es parte fundamental de la rehabilitación, pero según en la tonalidad que se haga, hay algunos que lo hacen en forma recreo deportiva y hay otros que lo hacemos en forma competitiva, en la competitiva si pues habrán fatigamientos, algunos traumas cuando no se hace debidamente, pero eso no quiere decir que no se pueda.”

P2: “No conozco una relación pero lo he vivido a través de un caso, tuve un niño con parálisis cerebral incluido al aula regular, este niño lo excluyeron de la clase de educación física por su inhabilidad motora, por decirlo así, para ejecutar en movimientos que requerían más destrezas; entonces parte de mi proceso de rehabilitación fue ese, (...), entonces con el colegio y con el apoyo mío se logró que el niño se incluyera dentro de la clase de educación física y la idea era capacitar un poco al profesor explicándole que cambios estrategias debía usar con él y que él aunque tuviera dificultades motrices podía participar de todo teniendo en cuenta sus capacidades y no sus deficiencias, el primer año se trabajó fútbol y pues ¡nooo! Nicolás con el fútbol se enloqueció, él quería ser el goleador, él quería ser arquero, él quería correr, o sea fue una motivación que nunca se dio digamos en una sesión de fisioterapia, que en una sesión de fisioterapia a pesar de que era con juego, porque pues con niños hay que trabajar es con el juego, no se logró ese impacto que se vio cuando él entro a trabajar con el grupo, cuando él estaba también en un nivel de competencia aun teniendo sus deficiencias él también se sentía con una responsabilidad y con deseo de competir frente al otro, entonces durante ese tiempo había un factor muy importante que era la motivación eso fue algo que modifíco el comportamiento motor y eso lo llevo a muchas cosas importantes que no había logrado en una sesión de fisioterapia, a tener una coordinación viso manual, aumentar la velocidad de la marcha, a tener una coordinación viso pedal, a lograr como ser más coordinado con su movimiento(...).

Gfc/C2 “Yo conozco el boccia, que es un deporte más que todo para niños con parálisis cerebral, también se juega con reglamento la cancha tiene que ser de 12 metros hay unos que lo juegan con canaleta y otros con el pie o con la mano.”

Lo que se puede notar es que la observación y la experimentación en estos casos dan paso a un conocimiento más amplio y se desarrollan gracias a una experiencia profunda en rehabilitación que le permite al profesional hacer las adaptaciones necesarias para la implementación de un deporte sin que este represente un riesgo para el usuario.

### **3. La paradoja en la rehabilitación.**

#### **3.1 Confluencias representacionales entre la discapacidad, la rehabilitación y el deporte**

Se indagó en términos de qué perciben, que consideran; como se sienten respecto de la discapacidad, la rehabilitación y el deporte. Buscando entender que les ha significado cada uno de estos aspectos en sus vidas. Desde los profesionales se intentó mirar si hay diferencias en la actitudes hacia la discapacidad por disciplinas, lo que apareció fue que el entrenador físico tuvo una apreciación desde las habilidades para solucionar problemas, la discapacidad es menor cuando se crean formas de solucionar las necesidades.

P1: “Para mí la discapacidad es un término que se ha utilizado erróneamente, la discapacidad es, si nos vamos literalmente, es no ser capaz o ser menos capaz de una habilidad, una persona que tenga algún tipo de lesión no se le puede llamar discapacitada ya que él por otros medios está solventando esa necesidad que tiene, ya sea de caminar o de ver o de oír si no que utiliza otras formas por las cuales resuelve todas sus necesidades entonces ese es un término que esta erróneo para mí y que deben cambiarlo totalmente”

En este sentido la discapacidad es dinámica, cambia con el contexto si este es facilitador o no de habilidades. Esto resulta contradictor con lo que significa discapacidad para una de las profesionales de salud, para quien:

P4: “La discapacidad es ya definitivamente un desorden, es perder una función que ya no vas a recuperar es decir la discapacidad se da en lesiones permanentes”.

Esta deja entrever una actitud con una tendencia desfavorable y un tanto desalentadora hacia la discapacidad, que podría llevar de igual manera a no querer invertir en acciones rehabilitadoras más allá de las tradicionales.

Para los usuarios significa obstáculos en su diario vivir como se refiere en la siguiente cita en que se percibe una actitud fuertemente desfavorable desde el contexto externo hacia el sujeto con discapacidad.

Gfu/U1: “Yo con discapacidad... para mi es una persona normal, he llevado una vida normal, mi familia me apoya mucho, he salido a los eventos, entonces te sientes contenta de obtener eso. Yo mi discapacidad siempre la tengo presente, de hecho hay personas mayores que tienen que andar en silla de ruedas, por decirlo en el transmilenio y la gente es invisible a ver eso, se meten dónde debe ir la persona en silla de ruedas y no la dejan que se ubique bien y ¡NO! Uno tiene que ser igual en todo, no porque el otro no está en silla de ruedas entonces tenga que hacerse el más potente... para mí lo que nos hace diferentes es la forma de pensar por que todos tenemos las misma capacidades.

### **3.2 El entorno y la sociedad no dejan completar el ciclo del proceso.**

La rehabilitación halla su límite en una sociedad que se incomoda con la diferencia, que excluye a ese otro, que discrimina, desvaloriza y segrega. Pero lo más importante; sucede porque se tiene la tendencia a subestimar lo que las personas en situación de discapacidad pueden hacer, se construyen diferencias desde la sociedad que van edificando sobre el cuerpo del sujeto más y más limitaciones; esta actitud hace de la discapacidad una problemática que excede la relación de consultorio que los profesionales de la rehabilitación tienen con estas personas.

P2: “buscar opciones deportivas (...) pero una sola familia no lo va hacer y cómo se han encontrado que les cierran las puerta incluso en lo más básico que es el colegio pues entonces ellos no tienen motivaciones de seguir buscando esas alternativas para sus hijos cuando no ven que esos espacios se abren que no hay accesibilidad.

Gfu/U1- (...), la parte medica siempre espera poco de uno, de mi creían que yo iba a quedar postrada en una silla y que no podría caminar, que no podría hacer ningún deporte ni nada...”.

C5: (...) es como estar cohibido a hacer ciertas cosas o la misma sociedad es la que cohibe no?, porque, yo digo... o sea el caso de mi hijo, él puede hacer muchas cosas, ...él puede trabajar siempre y cuando alguien lo supervise pero la gente no quiere estar en eso.”

### **3.3. La rehabilitación va bien pero el rehabilitado va mal**

Los usuarios manifestaron inconformidad con la rehabilitación que recibieron por parte de los rehabilitadores, aunque sienten que el terapeuta es muy importante en el proceso creen que en muchos sentidos se queda corto y no profundiza en el tratamiento , por otro lado sienten que el trato no es el adecuado, no perciben un seguimiento, no les dicen que el deporte puede ser de utilidad para mantener y progresar en las ganancias que se tienen durante el proceso y por esto consideran que la rehabilitación no es completa. Por todo esto es notable que según el profesional la rehabilitación va bien pero usuarios y cuidadores no están satisfechos.

P4: “con una rehabilitación clínica que uno hace en un hospital que uno tiene que atender 30 pacientes y tienes dos horas y en dos horas tu veras que haces o no, entonces terminas poniéndole a todo el mundo calor, corriente y chao y corra porque ahí tú tienes que llenar son impactos (...)”

Gfu/U1- “pues la verdad los encargados de la rehabilitación de uno son como oscos, si, tienen una forma de decirte a ti las cosas pero en realidad son otras entonces, no saben cómo decirle a uno si necesita una prótesis o algo así, mucho menos le van a decir que necesita deporte, pero obviamente los doctores son doctores y no se van a poner en eso de recomendar deporte pero si deberían saber que a uno eso le sirve, o sea que se unan desde su disciplina y desde deporte, que hagan parte y parte si deberían. Porque todos van de la mano, todos son para el bienestar de uno. Yo siento que mi rehabilitación no ha terminado, porque yo quisiera tener más movilidad de mi mano y mi pie.

Gfu/U3- “yo creo que en esas cosas pues deben empezar desde el médico, pero en sí, ellos no van a decir bueno Ud. váyase hacer deporte por cuestión de rehabilitación no lo van hacer, entonces eso es una falencia ahí en ese sentido, a ellos les interesa es: le vamos a mandar tantas sesiones de terapia a usted y no es más, si vieron que se pudo mover bien y si no pues ya listo...en si deberían incluir por ejemplo natación que es muy favorable para uno por que le relaja el cuerpo, pero un medico nunca le va a decir a Ud. haga esto.”

Gfc/C3: “(...) yo miro lo que le hacen en esta fundación y no me parece suficiente porque es muy poco tiempo,(...), porque es solo 45 minutos y ya, me parece injusto con estos niños porque creo que ellos necesitan más.”

### **3. 4. Limitantes para pensar en el deporte como dispositivo para la rehabilitación**

El deporte no es accesible, se desmotiva a los usuarios y cuidadores por falta de inclusión e indiferencia ante los resultados positivos observados del mismo; además el deporte no está al alcance para ofrecerlo dentro de la rehabilitación por razones de formación, creencias personales, como que el deporte es agresivo para la persona en situación de discapacidad, o que solo es para los resultados grandes de rendimiento, competencia y reconocimiento; con esta actitud lo que se podría apreciar es que el mismo profesional de salud promueve indirectamente a que las personas en condición de discapacidad se sientan incapaces de poder llegar a una participación deportiva o incluso a metas motrices objetivas dentro del proceso rehabilitador.

Por otro lado los cuidadores no se sienten interesados en el deporte por que al igual que los profesionales pueden estar profundamente influenciados por la idea de las limitaciones, y que la herencia de la cultura del deporte ha sido también muy constante en mantener el mensaje de que "el deporte es más, para los más", es decir para los más fuertes, los más adaptados, los que tienen capacidades físicas sobresalientes.

P4: "hay que mirar deporte o actividad física, porque es que a lo que vamos es a eso, a que en el deporte yo estoy buscando unos resultados específicos a nivel ya de rendimiento de competencia, entonces si yo tengo un paciente que no hace deporte pues no lo puedo...en cambio...digamos que no lo metería en eso pero si lo metería en la parte de la actividad física al cien por ciento trabajo cerrado, es más la tendencia ahorita es que la rehabilitación tiene que ser eso, ¡y es esa!, si tú te vas a ver a la rehabilitación funcional que es todo basado en el entrenamiento funcional lo que estás buscando es eso,(...)."

Gfu/U4- (...)"pues yo creo que eso es verdad, la rehabilitación que hay actualmente es muy efímera, y si se podría trabajar en un proyecto en el cual se montaran gimnasios en los mismos hospitales para ir fortaleciendo al paciente... y no el pobrecito como siempre suele ocurrir, que lo sientan en una silla y se lo entregan a la familia y chao (...)"

Gfc/C1:"yo la verdad no tengo ninguna experiencia y yo si el deporte poco poco, lo que si he visto con mi hijo es que le gusta mucho la piscina y eso le ayuda a relajar mucho los músculos y con eso él puede usar más las manos, como él tiene parálisis cerebral mixta, entonces creo que la natación es lo único que puede serle útil".

### **3. 5. Relación Deporte adaptado clínica – entre el rechazo y el deseo**

Una primera idea que emerge se refiere al hecho de que se asume que la clínica no está hecha para la incorporación del deporte como estrategia en la rehabilitación, colocando la barrera en aspectos más allá de los sujetos, sus concepciones y prácticas.; Esta postura se flexibiliza cuando se hace referencia a la Actividad física, actividad para lo cual se muestra mayor disposición. Por su parte los usuarios y cuidadores refieren desconocimiento de las posibles vinculaciones que explican por el hecho que desde la clínica no se les da a conocer información ni se les ofrecen oportunidades o se les estimula la búsqueda de las mismas. Para profesionales la relación deporte clínica no es viable, lo que si es viable es la actividad física, para usuarios y cuidadores el deporte si es viable pero es la institución de salud la no permite la adopción del deporte durante el tratamiento, hay una fuerte creencia de que el deporte es agresivo. En las siguientes citas se aprecian estas divergencias.

P4: "Como va, a una persona que nunca ha hecho nada enfocarla en deporte?, no, es en actividad física,(...), desde la fase I, (...)esa es la tendencia ahora en rehabilitación, porque la idea es evitar al máximo la perdida de las condiciones"

P3: "(...), pero muy pocas son las instituciones clínicas donde se incluyen actividades deportivas, eso es complicado porque las EPSs solo remiten las terapias específicamente necesarias para los niños, entonces también es una falla en la estructura de salud a nivel de salud por que el deporte debería estar incluido, se ve más por la parte de recreación y en otras instituciones que se dedican específicamente a eso."



P2: "(...) falta como ese incentivo porque están siempre en un ámbito clínico porque su vida y ese rol de niño se ve afectado por ese tipo de situaciones; porque nosotros tampoco les proveemos ese espacio diferente; (...) sí que el ámbito clínico se convierte en otra cosa en un sitio cerrado en un sitio que solo se enfoca a las deficiencias y no a las capacidades."

Gfu/U4: "La práctica del deporte empezó desde rehabilitación más que todo, pero no desde el hospital porque allá se preocupan es de que uno camine o respire o se desplace y ya, no importa si sus necesidades va a ser por una colostomía, cateterismo o algo así, y ya la rehabilitación va es en base a uno, porque uno se vuelve dependiente, que si necesito un vaso de agua alguien tiene que pasárselo, ya a raíz de que uno hace deporte... si usted se cayó ¡mire a ver como se levanta! entonces así mismo uno progresa"

Para el profesional, la actividad física es vista como una herramienta para la rehabilitación; pero en las consideraciones del deporte en el ámbito de la rehabilitación para una de las profesionales es nula, bien puede ser por que como lo manifestó previamente, no tiene experiencia de trabajo con personas en situación de discapacidad, que son quienes finalmente requieren las adaptaciones de lo que es el deporte y para quienes la rehabilitación no es de tiempos cortos, comparado con quienes sufren una lesión que es recuperada en pocas semanas y pueden volver a su vida normal en semanas o meses a aquellas que les significa cambios radicales en lo que consideramos o aceptamos como normalidad.

### **3. 6. Las instituciones de salud y/o centros de rehabilitación se muestran indiferentes hacia el deporte**

Los usuarios además de sentir que el profesional de rehabilitación que no les informa que el deporte puede serle útil, las instituciones de salud tampoco lo mencionan en ningún programa, por otro lado los profesionales están de acuerdo que el deporte debería estar en algunos programas de rehabilitación pero aquellas instituciones en las que se ofrecen programas de rehabilitación mantienen un ambiente clínico en el que aun existiendo información el deporte no está presente por mantener el rigor de la clínica.

P4: “¿Y en que fallamos? En el sistema de salud como tal que no permite que eso se pueda aplicar a todas las poblaciones,”

P2: “pero pues crear como el espacio dentro de la institución para lograrlo es difícil, habría que crear espacio alternos y crear un grupo y buscar un edufisico que los entrenara que les enseñara las reglas.”

Gfu/U5- “yo diría que la terapia para el deporte es muy esencial cierto, que la rama médica y la de terapeutas tengan nociones en cuanto a deporte para personas en situación de discapacidad pero en si nos damos cuenta que como dicen los compañeros muchas falencias en cuanto a la medicina que no se concientizan en como rehabilitar a las personas para más adelante realizar un deporte en mi caso nunca tuve terapia yo mi deporte lo inicie prácticamente a los 2 o 3 años de que me paso el accidente.”

Gfc/C3 “(...) pero yo hasta ahora estoy viendo muchas inconsistencias en la forma como las instituciones prestan los servicios de apoyo y si hay muchas falencias, es muy triste porque uno se siente amarrado, entonces no es la gracia que tener ganancias de algo para luego suspender y volver a lo mismo cada semana, la gente que estudia si debería hacer algo al respecto.

### **3.7. Un elemento más en la caja de herramientas pensar en el deporte como medio para rehabilitar.**

Se evidencia una actitud preferencial por un enfoque de rehabilitación integral; 3 de los 4 profesionales, la mayoría de los usuarios y 2 de los 5 cuidadores coinciden en que el deporte estaría presente en la rehabilitación integral, esta ellos la entienden como la que atendería sus necesidades más allá de una sesión de fisioterapia, para lo que creen se requiere un cambio en la forma de pensar la rehabilitación.

P2: “pero eso no lo tenemos nosotros ni siquiera en mente, o sea el deporte es como otra área que no se conecta con nada.” (32:32) “debemos ver lo facilitadores que podemos ser si abrimos la mente. No estar tan parados en las limitaciones y las dificultades, porque si seguimos así podemos seguir muy acostumbrados a no ver las habilidades y las potencialidades”

Gfc/C3: “si aquí pudieran traer a alguien para que hiciera un programa de deporte sería muy bueno, y así la movilidad no retrocedería en lo que logran, porque lo que siento es que a estos niños no les ponen nada de cuidado y atención, no hay programas para ellos y menos con deporte, pero yo si estaría dispuesta a meterlo en un programa que traigan con eso y que si tiene deporte mejor todavía. Porque lo que tienen las EPS(s) eso no es nada, uno sabe que en otros países a los niños así les tienen buenos programas, porque así tengan apariencia extraña ellos son muy inteligentes lo que hace falta son buenos proyectos para que ellos puedan seguir adelante.”

### **3. 8. El momento del deporte durante el proceso rehabilitador**

Incluir el deporte más temprano es lo que sugieren los usuarios y cuidadores, como se planteó antes la idea no es reemplazar la atención tradicional de la fisioterapia sino complementar con el deporte en aras de la integralidad sin desconocer que para todo hay un camino que recorrer como en el caso de las personas con discapacidad congénita que como lo expresan los profesionales en estas personas primero se trabaja en pro de la habilitación para la ganancia de aptitudes la discapacidad por ciclos vitales, ya que no es lo mismo un niño con discapacidad que un adulto y más aún si la discapacidad es congénita en esta no hay una huella motora que nos permita una rehabilitación sino que se parte de una habilitación:

P4: “uno no puede pretender que un hospital (...) desarrolle algún programa con deporte porque ellos son de atención primaria. Pero quizá si desde consulta externa desde el área de rehabilitación si se tiene que tener un sitio donde uno pueda en la medida de lo posible empezar con esos trabajos desde esas fases agudas.

U6: “(...)entonces estábamos viendo que el muchacho llega y se convierte en un paciente(...)no tiene una pierna no tiene una mano, no tiene los ojos, y nosotros le quitamos el chip de paciente y le ponemos el chip de deportista, entonces Ud. ya no es un paciente porque se está rehabilitando porque le falta una pierna, (...) y de esa manera se hace una rehabilitación y no se rehabilita y se hace al deportista, no, se coge a la persona y de una vez sin pensarlo lo metemos a hacer el deporte que ellos quieren y de esa manera hacemos la rehabilitación, esa es la propuesta, (..)”

C5: “Si a mí me hubieran asesorado en la vida temprana, Iván sería un gran deportista, entonces si deberían decirle a las mamás y enfocar a tanto niño que hay con discapacidad incentivarlos a hacer deporte tempranamente”

### **3. 9. La capacidad del deporte como actividad integral**

Los profesionales y los usuarios son quienes más reconocen que el deporte puede ser una ayuda para la rehabilitación que puede ser complemento a la fisioterapia, que involucrar el deporte potencia el proceso y se favorecen además dinámicas de inclusión del niño o adulto en situación de discapacidad. Se resalta sobre todo por los profesionales y cuidadores que estimularlos con deporte puede mejorarles el estilo de vida, es decir que este abordaje iría más allá del usuario tendría repercusión en la familia y en la calidad de vida.

P3: “a mí me parece que es una muy buena herramienta, lo que tiene que hacerse es como direccionarse frente a las capacidades de cada uno de los niños y sería mucho mejor, no solo algo muy general sino algo más particular, pero sí creo que a ellos les ayuda mucho en todo ese proceso de rehabilitación que tienen que vivir día a día, no solo como una actividad física. Un deporte como tal serviría más en la parte de esparcimiento de inclusión social de interacción con otras personas y con otros espacios.”

U6: “No, yo creo que sin el deporte no se hace una buena rehabilitación, ¿por qué?, porque es que yo lo viví, yo lo hice y en mí fue un laboratorio, un conejillo de indias que de muy buena manera el que salió ganando fui yo, entonces la rehabilitación mía es, como yo le comentaba de todos los estudios que se han hecho en mis huesos, en mi corazón, en absolutamente todo estoy excelente, mi actividad física de hoy en día es comparable con la una persona de 30 años y tengo 54”

C5: “entonces para mi si ha tenido mucho que ver porque que él es más independiente, o sea cuando él se inició (...) se asustaba y se dejaba pegar con la superbola, no tenía reflejos ni nada. Y yo fui viendo el proceso de Iván (...), entonces él ahorita tiene mejor motricidad porque tiene mejor agarre mejores reflejos, anda como muy pilo, entonces a él le ha ayudado, lo mismo para correr, para el equilibrio físico también porque él era una persona que medio pasaban y le rozaba y de una vez se iba cayendo entonces ahorita tiene más estabilidad en el equilibrio y mentalmente también.”

### **3. 10. La academia en la lupa, gran responsabilidad**

La mirada va del profesional a la institución de salud y de esta hacia la academia para que el deporte sea tenido en cuenta en la rehabilitación en la actualidad los cambios deben darse desde la academia. La Universidad es el ente que propicia el desarrollo científico de la fisioterapia, que en la actualidad hace énfasis en la actividad física pero la parte deportiva aún no se encuentra suficientemente integrada a perspectiva alguna de rehabilitación, es por esto que se requiere un trabajo transversal y coordinado orientado al abordaje clínico conjunto desde el prisma de la salud y el bienestar social con todos los actores. Se logra observar que las tres visiones: usuarios, profesionales y cuidadores coinciden en que el cambio para que el deporte empiece a ser considerado a nivel de rehabilitación se debe dar desde la universidad.

P2: pues yo creería que lo primero que tendría que tener el fisioterapeuta es ser un rehabilitador integral, que no este solo pendiente del cuerpo de la estructura, de la anatomía y fisiología si no que piense en ese ser humano en un contexto y que mire la oportunidad de brindarles espacios de apoyo necesarios para que realmente participe como debiera.”

P4: "(...), definitivamente la formación se la tiene que dar la academia, aquí la hemos construido a través del camino pero la universidad es la que tiene que crear el enfoque porque uno va a ser el profesional con el enfoque y las herramientas que te brinde la universidad, que en el día a día te va a llevar a otros campos pero las bases te las va a dar la universidad.”

Gfu/U5- "yo diría que la terapia para el deporte es muy esencial cierto, que la rama médica y la de terapeutas tengan nociones en cuanto a deporte para personas en situación de discapacidad pero en si nos damos cuenta que como dicen los compañeros muchas falencias en cuanto a la medicina que no se concientizan en como rehabilitar a las personas para más adelante realizar un deporte."

U6: "lo que yo siempre digo es que a los estudiantes por ejemplo les hace falta manosear al discapacitado, cogerlo, tocarlo y tratar de sentir lo que él está sintiendo porque muchas veces no todos estas positivos hay unos que están negativos,(...) además si en la universidad no le enseñan, entonces el profesional dice: " es que en la universidad no me enseñaron", "a mí en la universidad me enseñaron que tenía que pararse aquí en las paralelas y subir y bajar y no más, (...)."

#### **4. Prácticas, en el terreno de lo concreto cómo está el hacer**

En las acciones se concretiza lo que profesionales, usuarios y cuidadores conocen y piensan en cuanto a rehabilitación, deporte y discapacidad, al indagar sobre si se involucra el deporte en el proceso de rehabilitación, en particular los profesionales que trabajan con niños en situación de discapacidad son quienes más reivindican el deporte durante el desarrollo del proceso, pero no lo mantienen, los cuidadores responden más a lo que los profesionales les proponen; aunque se hizo evidente que hay factores más allá del profesional y la institución de salud que no permiten al cuidador mantenerse en la alternativa deportiva, por su parte los usuarios adultos, ya superado lo que de manera formal reconocemos como etapa de rehabilitación, se mantienen en la práctica deportiva por dos razones esenciales; una es la práctica deportiva con fines de competencia y la otra es por hábito, en este último se encuentran personas que manifiestan que mantienen la práctica deportiva porque con ella controlan secuelas permanentes de sus condiciones como el dolor, las deformidades, entre otras, también mencionan que les ayuda a salir adelante en su condición es decir vencer barreras, y que de este modo no se sienten en discapacidad.

#### **4.1. Las practicas con el ámbito deportivo, a la espera de un abordaje transversal de la discapacidad**

Las personas en situación de discapacidad de la asociación, que mantienen la práctica deportiva por razones paralelas al rendimiento deportivo con fines de competencia, realizan acciones de promoción, divulgación y acompañamiento de otras personas que entran al proceso de discapacidad y aún se encuentran en rehabilitación, de ahí que algunos adultos entrevistados manifestaron que llegaron al club porque en el hospital algún profesional de la salud se los comento, pero más allá de esto no reciben acompañamiento en esta etapa ni del profesional, ni del hospital.



Gfu/U3- yo tuve una cita con la fisiatra en el hospital y ella me dijo, tengo una institución es muy conocida, lo voy a enviar allá para que empiece rehabilitación me dijo el señor (...) él es el fundador de esa fundación, lo voy a contactar con él para que usted vaya y haga deporte allá con él y así fue como llegue un sábado llegue ahí y me inscribí al club y así fue como empecé a jugar baloncesto, cuando yo llegue todavía estaba con el corsé, jugaba en una silla hospitalaria y eso fue para mí la rehabilitación.

Por parte de la entidad reconocida en la ciudad de Bogotá, el IDRD, que promueve el deporte paralímpico, no se hizo referencia alguna por parte de los usuarios y cuidadores, sobre acciones dirigidas a la rehabilitación, entendible ya que en el marco de sus funciones, no está la mira de la rehabilitación; sin embargo no debería serle ajeno cuando busca impulsar el deporte como competencia en las personas con discapacidad.

Los participantes de la presente investigación refieren que no hay confluencias en las acciones entre entidades deportivas y centros de rehabilitación, y que si coinciden, como en algunos pocos casos referidos en que un profesional de atención en salud es quien sugiere el acercamiento del usuario a una organización comunitario deportiva, es independiente de la estructura de la institución en la que labora, por tanto no se da ningún acompañamiento o seguimiento por fuera de esta.

Gfc/C2: “Aquí estuvo un profesor de boccia y Jorge lo juega con canaleta, él duro como seis meses practicando este deporte, en esos seis meses los cambios más importantes que tuvo fueron los agarres y como que la coordinación mejoraron, los agarres porque él casi no agarraba y con la pelota como es pesada entonces el agarre lo hace y luego suelta que el antes no lo hacía y que él también la mirada ya puede fijarla porque él miraba hacia qué lado caía la bola. Y de ver que los otros jugaban el hacía como el esfuerzo.”

P1: “muy pocas han sido las oportunidades que hayan enviado personas de algún centro médico a practicar deporte, son muy pocas la verdad las personas que ha llegado ha sido porque quieren, y esas personas que ha enviado es como si pero no, la verdad todas las personas que he tenido la oportunidad de dirigir es porque quieren o porque un amigo o algo lo han invitado pero que haya alguna asociación que involucre todo y los envíe a practicar deporte ninguna”.

En el caso de la figura de asociación de índole más comunitaria que deportiva o de salud, resulta interesante ya que son personas en situación de discapacidad que con aptitudes de liderazgo quienes impulsan el deporte en la comunidad, lo hacen mediante interacciones convocantes como invitar al coliseo a personas que se encuentran en recuperación de eventos de enfermedad, al respecto durante el trabajo de campo realizado con el grupo asociación de discapacitados físicos se conocieron tres casos, una mujer de 56 años con graves secuelas de ECV de 2 años de evolución y dos jóvenes de 22 y 25 años con lesión medular de 6 y 4 meses de evolución respectivamente. Las impresiones de esto quedan consignadas en la siguiente nota de campo:

sábado 29 de Marzo de 2014: “Por otro lado también noto que a pesar que hay un equipo definido, el de baloncesto, con ellos llegan a entrenar otras personas que no son del equipo pero que son invitados por ellos mismos, vienen cuando quieren, además están pensando en traer a unos jóvenes que hasta ahora van a salir del hospital también con lesión medular por heridas de armas de fuego, que según las personas de la asociación , quienes más están en esa dinámica, es para que empiecen hacer deporte y se rehabiliten más rápido, la secretaria de la asociación, aprueba diciendo: “sí, esto les ayuda, sería bueno que todos pudieran llegar a esta asociación pero entonces sí debería de haber un apoyo de profesionales de salud y no solo del entrenador”.

Este hecho particular llama la atención con respecto a la rehabilitación y de hasta dónde llega nuestra responsabilidad como profesionales de la salud con ella, estamos solo hasta donde nos alcanza la clínica o que más podríamos llegar hacer para que estas personas tengan un direccionamiento desde los profesionales y la institución de salud.

Sábado 5 de Abril de 2014: En un dialogo con el líder del equipo y el entrenador, pregunté al entrenador cómo ha sido para él entrenar al grupo, responde que le ha sido como muy normal el trabajo, lo que ha sido diferente es que le ha tocado modificar un poco su enfoque de entrenamiento, comenta que lo hace más enfocado en el balón, que ellos sientan la técnica y la vivan a través del balón, y que de esta forma ellos no se dan ni cuenta que están aprendiendo una técnica como tampoco se dan cuenta del nivel de exigencia de una práctica porque están más enfocados en el balón, que debe ser danzado por todo el espacio y todos danzan con el, dice que él es muy consciente de que le toca trabajar de este modo porque esta con una población que no solo se encuentra en situación de discapacidad sino que además son personas que tienen una vida muy dura económicamente y que la lógica del rendimiento físico no sería la mejor entrada para ellos, que muchos no tienen como acceder a una alimentación de calidad para el entrenamiento, así que trabaja más con la motivación de ellos, y de este modo ha visto muy buenos resultados con ambos equipos.

Llama la atención este comentario porque a pesar de que ellos se consideren deportistas de alto rendimiento, no entrenan bajo la rigurosidad que se cree debe tener un entrenamiento de este tipo.

En las siguientes tablas se sintetizan los CAP(s) a analizar en el siguiente apartado.

Tabla 7: CAP(s) hallados en relación a discapacidad.

<b>Discapacidad</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>USUARIOS</b>	<b>CUIDADORES</b>
Conocimientos	Anatomo – fisiológico Alteracion función, desorden, perdida -Ausencia oportunidades en contexto, participación y derechos.	Relacionado con contextos, limitación, superación de retos, cambio de vida.	
Actitudes	Disminución, desvaloración, segregación, subestimar Otras formas de	Restringidos (timidez) Subvalorados. Se sienten capaces, no se	Cohibidos (amarrados) Desorientados Desmotivados

	resolver necesidades.	sientes menos.	
Practicas	Saturados en funciones, limitados en tiempos. Practicas insuficientes, disgregadas, individuales, sin reconocimientos	Desatendidas, buscan mantenerse activos para superar la dependencia	Desalentados a tomar más opciones para sus hijos, insuficientemente apoyados.

Tabla 8: CAP(s) hallados en relación a rehabilitación

<b>Rehabilitación</b>	PROFESIONALES	USUARIOS	CUIDADORES
Conocimientos	Instituidos modelo clínico. Se interpolan al concepto de discapacidad, proceso. 2 enfoques: funcional e integral, ambos organizados desde la clínica	Significa superación, medio para la independencia, la integración y la aceptación.	
Actitudes	Limitada por sociedad que se incomoda con la diferencia, que excluye a ese otro, que discrimina, desvaloriza y segrega.	Inconformes, No es completa Terapeuta se queda corto, no profundiza, falta: conocimiento, seguimiento, sensibilidad	Inconformes, falta apoyo y programas,
Practicas	Hacen bien su trabajo hasta donde pueden, el sistema de salud no permite acciones más allá del ámbito clínico.	Dependen de la persona, poder de decisión, rehabilitación en comunidad con grupos que buscan superar la discapacidad.	Interrumpida, intermitente. Depende de diversos factores. Limitados y supeditados a lo que la EPS otorga.

Tabla 9: CAP(s) hallados en relación a deporte.

<b>Deporte</b>	PROFESIONALES	USUARIOS	CUIDADORES
Conocimientos	Actividad física de gran demanda, pensado desde el entrenamiento, el rendimiento y la competencia; sujeto a reglas,	Es un tipo de AF, tiene reglas, necesita elementos para practicarlo, mas consagrado	

	juego porque responde a una actividad de interacción con otros y favorece el aprendizaje. Deporte adaptado	que la AF permite jugar con otros,	
Actitudes	Deporte muy “agresivo”, exigente para el cuerpo, no es apto para personas con limitaciones, inactivas o con alteración de la salud. Motivación	El deporte es vida, el “mas”, es más emocional que la AF, es ayuda, motivación, superación Deporte = rehabilitación	Integración, relacionarse con otros, ayuda, mejoramiento de las condiciones físicas, no hay programas con deportes
Practicas	No se mantienen al usuario en la práctica deportiva, si deporte después de la rehabilitación	Se mantienen en el deporte por gusto y decisión propia,	No se mantienen al usuario en la práctica deportiva.

Tabla 10: CAP(s) con tendencia negativa identificado en la relación discapacidad-deporte -rehabilitación.

<b>FACTORES (-)</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>USUARIOS</b>	<b>CUIDADORES</b>
Conocimientos	Desarrollo curricular de las profesiones de desarrollo humano centrado en las deficiencias. Escasa información sobre deporte para la rehabilitación. No hay conexión clara entre temáticas.		
Actitudes	Las relaciones de poder entre profesionales, prevalecen en el entorno profesional con respecto al deporte actitudes de recelo, de precaución. El deporte es un área que no se conecta con nada. Subestimación de las personas con discapacidad. El FT no identifica claramente su papel en el ámbito del deporte adaptado.		
Practicas	La organización del sistema de salud, condiciones de trabajo con sobre carga en atención a pacientes. horarios apretados para el ejercicio que proponen los terapeutas. A pesar de observaciones positivas y la creciente evidencia en el campo de la actividad deportiva para pacientes médicos		

	dudan en prescribir el EF. La cobertura es insuficiente, el estilo de vida y comportamiento carecen de priorización en los sistemas de atención de salud.
--	--

Tabla 11: *CAP(s) con tendencia positiva identificado en la relación discapacidad-deporte -rehabilitación.*

FACTORES (+)	PROFESIONALES	USUARIOS	CUIDADORES
Conocimientos	Derivados de las experiencias, activa aparato anímico, la motivación que promueve un cambio del comportamiento motor reflejado en logros como coordinación viso manual, viso pedal, mano pie, aumento del control y velocidad de movimiento.		
Actitudes	Consideración positiva: deporte relacionado con calidad de vida, cambios positivos a nivel de comunicación y habilidades relacionales que promueven el aprendizaje motor. Mantiene a las personas integradas favoreciendo la competencia desde las habilidades y el desarrollo de las mismas. El deporte complementa la rehabilitación, se puede empezar tempranamente saliendo de estados agudos.		
Practicas	Habilitación de movimiento. El marco teórico y jurídico reivindica el abordaje multisectorial de la discapacidad en que el deporte tiene cabida a nivel de rehabilitación.		

## Discusión de resultados

### 1. Conocimientos y actitudes sobre rehabilitación, deporte y discapacidad.

Tener un acercamiento a la forma como la gente piensa y organiza su vida cotidiana permite encontrar puntos comunes, desde realidades cercanas de los actores cuestionados, que se construyen en torno a los elementos de estudio propuestos. De acuerdo con (Moscovici 1979) las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre el conocimiento del sentido común. Lo que Moscovici plantea se podría inferir que la construcción del pensamiento social se ampara en lo que se logra representar a través de la comunicación, de cómo se coincide en las denominaciones nos da cuenta de cuan relevante es para un grupo social una problemática particular; de cómo cada uno vive el lenguaje colectivo. Las personas en situación de discapacidad por ejemplo hablan de su discapacidad más en relación de lo que pueden hacer, que de lo que no pueden; para los profesionales de la salud la definición se refiere a lo que no pueden hacer, de lo que les es limitado, sin embargo es preciso reconocer ambos aspectos con el fin de aumentar las posibilidades de soluciones multilaterales. Los cuidadores y/o familiares están más centrados en lo que ellos quieren de sus protegidos, y esto varía de acuerdo a la limitación que signifique a nivel físico motriz o cognitivo, lo que quieren es verlos moverse, comunicarse. Así que movimiento y comunicación es lo que para este colectivo significa estar integrado a la sociedad.

De ahí que era importante para esta investigación mirar el conocimiento establecido sobre las categorías planteadas porque como se ha mencionado la relación de los conocimientos con las actitudes es muy estrecha, sin ser el único componente en relación tal y como lo plantea el mismo autor; pero que para la presente investigación le ayuda a mirar la fuerte o débil representación del deporte en la rehabilitación para abordar la enorme complejidad de la discapacidad, que como se intuye supera inmensamente el déficit orgánico o mental de una persona.

A nivel de conocimientos sobre las relaciones planteadas para las categorías desde el prisma de la salud lo que se encontró, es que existen conocimientos contruidos desde las experiencias personales más que de la formación específica, pero donde la necesidad de dar posibles soluciones a problemas cercanos se adaptó el conocimiento; se pueden diferenciar así: sobre discapacidad si hay conocimiento de lo que significa en términos de limitaciones físicas, psicológicas o cognitivas, barreras, ausencia de oportunidades, secuelas permanentes, hallándose una concordancia con lo encontrado en la literatura y sobre todo con lo planteado por la CIF. Difieren las percepciones de los usuarios ya que estos incluyen en su definición actitudes de autopercepción.

***Rehabilitación como medio o como proceso.*** Es de notar que según el enfoque que se tenga de rehabilitación se observaron dos conceptos el de rehabilitación integral y el de rehabilitación funcional, para este último hay mejores condiciones de aplicación, que según Monsalve (2011) es un conjunto interrelacionado de procesos, actividades, tratamientos e intervenciones cuyo fin es mejorar el pronóstico funcional.

## **2. Ideas de la relación deporte – rehabilitación**

Los calificativos que sobresalen sobre el deporte ante la pregunta de qué es son: AYUDA, pensado para el desempeño del sujeto; MOTIVACION, aquí enlazado a vida diaria, aprovechamiento del tiempo libre y fortalecimiento emocional y físico de la persona; SUPERACION del estado de salud pero sobre todo para la discapacidad, aparece el deporte ligado a la rehabilitación; ACTIVIDAD FISICA DE GRAN DEMANDA, pensado desde el entrenamiento, el rendimiento y la competencia; JUEGO, porque responde a una actividad de interacción con otros y favorece el aprendizaje.



Para los cuidadores la tendencia es dividida ya que el cuidador del joven con discapacidad cognitiva tiene una actitud abiertamente positiva hacia el deporte y conoce de él, mientras que las cuidadoras de los niños con parálisis cerebral dieron menos información sobre deporte. Esto puede deberse a que las discapacidades que consisten en significativas limitaciones motrices requieren mayor apoyo externo para la movilidad y además por ser niños, condición en que la tendencia del cuidador en la protección o la sobreprotección.

La actitud de los cuidadores frente al deporte va a depender de muchos factores como lo son la disponibilidad de tiempo y recursos, las facilidades para el acceso a los escasos programas que existen, factores de transporte y movilidad, etc.

Por parte de los usuarios adultos que son quienes muestran suficiente conocimiento por experiencia, actitudes positivas hacia el deporte como elemento rehabilitador y mantienen una práctica deportiva con doble propósito, se debe resaltar que es probable que puedan hacerlo por motivaciones personales, encuentran la oportunidad ligados a grupos institucionalizados, porque cuentan con un importante elemento que no tienen los niños en situación de discapacidad como lo es el grado de independencia para la libertad en decisiones, que en la mayoría de adultos la discapacidad es adquirida mientras que en los niños en su mayoría es congénita, en este sentido ya hay una enorme limitante por que como lo expresa el profesional antes se requieren unas condiciones mínimas de movimiento, de ahí que se da un proceso de habilitación con el que podrían más adelante entrar a una práctica deportiva.

La posición de los usuarios adultos se ve reflejada en lo que Gutiérrez y Caus, (2006) mencionan sobre el modelo de autonomía personal en que “se pone el acento en las capacidades del individuo y en resaltar las relaciones sociales, que es conducido por el propio sujeto”. Permite “la inclusión de las personas con discapacidad en programas deportivos convencionales como un aspecto fundamental, en la promoción de estilos de vida activos y saludables para todos los individuos” (Gutiérrez & Caus, 2006).

### **3. Deporte al servicio de la rehabilitación ¿en la clínica?**

En la práctica profesional de rehabilitación existen diferentes factores que no favorecen la adopción del deporte como parte del proceso de rehabilitación: la organización del sistema de salud, las relaciones de poder entre profesionales, condiciones de trabajo con sobre carga en atención a pacientes; y el desarrollo curricular de las profesiones de desarrollo humano, entre otros. Son elementos que explican la débil consideración del mismo en el proceso.

Esto concuerda con lo que evidencio el estudio de Van Langeveld et al, (2011) que el contenido de la fisioterapia, y la terapia deportiva para mejorar las condiciones de movilidad y el autocuidado de los pacientes hospitalizados no son complejas, y que podría ser porque se necesita un esfuerzo adicional y tiempo para practicar el autocuidado o la movilidad en otros lugares dentro de los horarios apretados para el ejercicio que proponen los terapeutas.

Las actitudes y prácticas que prevalecen en el entorno profesional con respecto al deporte, son actitudes de recelo, de precaución como cuando se trata con algo que representa peligro para las condiciones de la persona en situación de alteración de su condición de salud. A pesar de que como lo exponen en su estudio Zopf y otros. (2012), que independientemente de las observaciones positivas y la creciente evidencia en el campo de la actividad deportiva para pacientes, la mayoría de ellos son inactivos, los médicos dudan en prescribir el ejercicio físico, la cobertura es insuficiente, el estilo de vida y comportamiento carecen de priorización en los sistemas de atención de salud además de la escasa información.

Lo anterior contrasta, con lo que desde el “sentido común”, manifestaron algunos profesionales respecto de llevar al usuario inactivo a demandas físicas que es posible que no esté en condiciones de ejecutar por el esfuerzo fisiológico asociado con la participación en un tipo especial de actividad física durante periodos de recuperación.

Pero esto no nos debe distraer de que tenemos personas en situación de discapacidad cuyo estado no es agudo, mas sin embargo la tendencia es a tratarlo siempre como agudo, lo cual nos priva de explorar otras opciones que contribuyan a objetivos rehabilitadores, la relación única de consultorio no está abriendo todo el abanico de posibilidades para enriquecer el proceso rehabilitador.

En la relación deporte clínica es necesario recordar que el deporte no solo está amparado bajo un marco de normalidad sino que además representa las capacidades excepcionales mientras que el modelo de clínica actual está enfocado a las deficiencias y limitaciones, lo cual lleva a pensar que la relación es inviable.

#### **4. La relación deporte discapacidad**

Según lo expuesto por Neira Tolosa, (2011) “el sector del deporte paralímpico no cuenta con profesionales capacitados en discapacidad, recayendo en posturas subjetivas dentro de los procesos deportivos de los individuos que lo practican, afectando el crecimiento personal del individuo desde las edades tempranas de iniciación deportiva hasta la etapa de alto rendimiento deportivo, reduciendo las posibilidades de satisfacer las necesidades individuales. Pp (141), esto hace eco a lo que plantean los usuarios cuando manifiestan que no hay seguimiento ni interés del sector salud hacia lo que tiene que ver con el deporte, configurándose así un campo abandonado por la salud, lo cual implica un llamado de atención a los profesionales de la salud, de este modo también la presente investigación afianza una apuesta de que si es competencia del sector salud, que se vería facilitado si se inicia desde la rehabilitación y no posterior a esta.

Autores como Medina y cols. 2013, Hutzler y cols. 2012, López Ch. 2008, que los beneficios se dan a nivel de mejoría del bienestar psicológico. En este sentido los usuarios, cuidadores y dos profesionales mostraron una coincidencia importante al relacionar el deporte con calidad de vida con lo que proponen autores como Yazicioglu K., y otros (2012) en cuyo ensayo controlado demostraron la relación entre la participación en el deporte adaptado, la calidad de vida y la satisfacción con la vida en las personas con discapacidad física.

En las experiencias reportados por los profesionales; se evidenciaron importantes elementos coincidentes desde lo que autores como Cachorro, G. (2012), Zucchi D. (2001) reconocen de la capacidad técnica que está mediada por componentes emocionales, volitivos y afectivos es decir que el aparato anímico cumple un rol central en la instrumentación corporal. Ya que el deporte no es solo un cúmulo de movimientos, porque tiene fundamentos pedagógicos desde los cuales establece los objetivos de la actividad. Que además a través de la motivación que el mismo desencadena lleva a esfuerzos que superan aquellos que se realizan durante una sesión individual de trabajo físico. Es desde el punto de la motivación y la interacción con otros que se facilita con la práctica deportiva en que se halla la coincidencia, lo cual demuestra que si es importante tal y como lo informaron durante la entrevista. Y desde donde la actitud del profesional hacia el deporte que acompaña la rehabilitación sufre un cambio hacia la consideración positiva.

En cuanto a beneficios específicos que el deporte puede aportar que fueron mencionados por las terapeutas encontramos: la motivación que promueve un cambio del comportamiento motor reflejado en logros como coordinación viso manual, viso pedal, mano pie, aumento del control y velocidad de movimiento, como también se ven cambios positivos a nivel de comunicación y habilidades relacionales que promueven el aprendizaje motor. Esta apreciación se refuerza con lo expuesto por Moré (2008) sobre la concepción sociodeportiva en la rehabilitación física, sobre que “las adaptaciones biológicas con las que ocurre el proceso de rehabilitación por ejercicios físicos no distan en nada de lo planteado por la teoría del entrenamiento deportivo. No hay criterio de pausa, carga, densidad etc., que sea diferente según se trate de un sujeto sano o enfermo. Pp (18).

## **5. Una mirada a las prácticas**

En las practicas partimos de que cuando los usuarios llegan a un servicio de rehabilitación, están sujetos en gran medida al resultado de procesos científicos, organizativos y culturales que están socialmente construidos y recursivamente interconectados; donde impera el proceso organizativo por fragmentación con el fin de facilitar su manejo, es notorio que la rehabilitación, que precisa no ser estática ni segmentada sino más bien dinámica e integradora, no escapa a este modelo.

Se hace evidente que aun cuando el profesional tiene claro que su primera responsabilidad es estar consciente de que la deficiencia no causa la discapacidad, su labor se ve limitada por todo aquello que usuarios y cuidadores no pueden hacer debido a las barreras que se imponen desde todos los ámbitos, más que de las deficiencias a nivel del organismo de la persona.

El hacer de las instituciones (de salud, de formación y deportivas), de los profesionales no supera las necesidades básicas de las personas en situación de discapacidad a nivel de desempeño físico. Las necesidades físico deportivas no se favorecen, ni se promueven adecuadamente lo cual puede mantener el imaginario de que lo importante de la práctica deportiva son los resultados y el reconocimiento social y no la participación deportiva con otros fines como el de la rehabilitación. La problemática se ve reflejada de la manera como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 12: *Análisis de la variable prácticas en cuanto a estructura, proceso y resultados.*

VARIABLE PRACTICAS	
ITEM DE ANALISIS	OBSERVACION
<p><b>ESTRUCTURA:</b> Condición en la que se presta el servicio o programa( recursos materiales y humanos, condiciones de organización y funciones)</p>	<p>No existe un servicio institucionalizado. El deporte y la atención en salud no confluyen en el espacio de la rehabilitación.</p> <p>El marco normativo sobre el derecho de las personas en situación de discapacidad tiene consideraciones sobre accesibilidad al deporte como parte de la política de inclusión, pero esta se ve distante a la realidad del trabajo rehabilitador integral.</p> <p>En otras palabras no existe un terreno común de encuentro entre el deporte y la rehabilitación por:</p> <p>Barreras actitudinales multisectoriales: sector académico, sector de salud y rehabilitación, sector legislativo y sectores deportivos.</p> <p>Barreras desde la profesión en términos del saber: hay una evidente falta de información sobre el alcance de la práctica deportiva en las personas con discapacidad.</p> <p>Barreras contextuales: el deporte no está presente en los centros de rehabilitación, no tienen el enfoque.</p>

<p><b>PROCESO:</b> Actividades que constituyen el despliegue del programa o servicio llevados en la organización (entre las instituciones, los profesionales y los usuarios)</p>	<p>Escasos recursos destinados al deporte para personas con discapacidad en el entorno de salud, debido, entre otros motivos, a que las competencias en esta materia están repartidas entre distintas instancias administrativas o entidades privadas.</p> <p>El compromiso y conciencia por parte de los profesionales de la salud en los temas relacionados con el deporte es escaso.</p> <p>Falta cooperación multidisciplinar de interacción para la inclusión del deporte entre los medios rehabilitadores.</p>
<p><b>RESULTADOS:</b> Son los cambios que se atribuyen al programa o prestación del servicio en salud. (cambios en las condiciones de salud, en la conducta y conocimientos de los implicados, satisfacción de la población)</p>	<p>Ausencia de los profesionales relacionados con la AFA y el deporte entre el recurso humano de los centros de rehabilitación.</p> <p>Ausencia de infraestructura adaptada a la práctica deportiva en los centros de atención en salud como también la falta de programas de AFA en los entornos sanitarios.</p> <p>Los casos en los que se da la confluencia de deporte y rehabilitación no reciben atención o seguimiento del ámbito salud.</p>

Se requiere que sea desde los profesionales de la salud que se dirija la inclusión de la persona en situación de discapacidad a la práctica deportiva desde el enfoque de salud con el ánimo de disminuir la discriminación que desde el modelo individual de la discapacidad se mantiene, impulsando un cambio en el tratamiento que las instituciones públicas dan a las personas en situación de discapacidad que antes de generar verdadera inclusión y bienestar redundaba en más estigmatización y segregación. Neira Tolosa, (2011).

## Conclusiones y recomendaciones

Los relatos muestran una ubicación conceptual de la discapacidad y su rehabilitación centrada en la deficiencia en consonancia con el modelo hegemónico centrado en la funcionalidad, a pesar de que se ha incorporado otras perspectivas (capacidades, derechos, equiparación) que no logran transformar dichos marcos. Esto se proyecta en actitudes centradas en las limitaciones y prácticas centradas en la idea de superación de las mismas que terminan anulando la comprensión e interacción integral del sujeto, su realidad y su proyecto de vida.

Los conocimientos que los profesionales tienen sobre discapacidad no están plenamente sustentados en la realidad del sujeto con discapacidad, se presenta una dificultad en reconocer al individuo desde las habilidades y fortalezas, condición que lleva a subvalorar a la persona con discapacidad con la consecuente deserción temprana de los procesos de rehabilitación y con ello el fracaso de la reintegración social como objetivo de la rehabilitación.

Se encontró una tendencia generalizada de escasa formación profesional que distinga al deporte como dispositivo de rehabilitación, desde la formación académica no hay un claro enfoque hacia el deporte y aún menos en la relación de discapacidad –rehabilitación – deporte, el conocimiento de esta relación que tienen los tres colectivos entrevistados deriva de las experiencias propias que son importantes pero no suficientes porque no son mantenidas, transmitidas o sistematizadas.

Este escenario limita estructuralmente la incorporación del deporte en el proceso de rehabilitación, al no permitir desde el plano conceptual, actitudinal y de las prácticas reconocer las potencialidades del mismo. El deporte al ser relacionado con una actividad de exigencias superiores, centrada en la lógica de logros competitivos, termina siendo considerado como poco pertinente para las personas en proceso de rehabilitación, dejando de lado aspectos centrales del mismo que lo hacen excepcionalmente útil tales como la motivación, la construcción de pertenencia a colectivos y la idea central de la superación de los propios límites.



Se pudo constatar que los CAP(s) desde los usuarios para la relación deporte rehabilitación, son fuertemente favorables a esta, aunque destacan que es desde el ámbito externo a ellos que las condiciones no están dadas, la disposición incluso va más allá de la sola práctica deportiva para logros individuales, ya que esta se da en una dinámica comunitaria que se retroalimenta con las acciones del colectivo en situación de discapacidad con la comunidad.

Todos los usuarios reportaron beneficios de la práctica deportiva a la rehabilitación, aun cuando creen que iniciaron un poco tarde en el curso del desarrollo del proceso de discapacidad. En su opinión cuanto antes empiecen mejor y muestran una actitud positiva frente a la consideración de incluir el deporte durante el proceso porque consideran que es de gran ayuda para potenciar los objetivos de la rehabilitación.

Los usuarios reconocen los beneficios de incluir el deporte tempranamente, entre los que distinguen beneficios a nivel físico motriz, emocional, relacional, motivacional, bienestar, de adaptación y progreso; por todo esto tienen una opinión favorable hacia la relación deporte rehabilitación discapacidad, reclaman un apersonamiento del ámbito salud de esta relación planteada que debe ser considerado desde los profesionales de salud y que las instituciones de salud y formadoras en salud.

Debemos de permitirnos dejar de ver la situación de discapacidad como algo estático por la que ya no es posible hacer nada, el colectivo percibe que es permanentemente subestimado desde los mismos profesionales de salud.

Es claro que el profesional de salud, en especial los fisioterapeutas son quienes debe liderar la inclusión de la persona en situación de discapacidad a un deporte porque tienen este tipo de conocimiento, pero no es por el conocimiento per se sino porque la mirada de este profesional con un enfoque holístico, puede favorecer la rehabilitación mediante la inclusión del deporte, que se puede permitir ver el deporte al servicio de la rehabilitación, distinto al educador físico quien puede ver la rehabilitación al servicio del deporte, lo cual es válido pero lo importante aquí es que el fisioterapeuta puede tomar el deporte al pretexto de la rehabilitación.

Se encontró que algunos profesionales de la rehabilitación están de acuerdo en que el deporte si podría ser parte del proceso pero manteniendo las debidas precauciones, no todos los deportes se prestan para ser adaptados, depende de la condición de la persona, de su grado de limitación, del curso de la discapacidad en la vida del individuo es decir si la discapacidad es adquirida o congénita.

Desde la opinión de los entrevistados y lo recolectado de la revisión documental los beneficios que se reconocieron del deporte, cuando este fue alternado con el proceso de rehabilitación se dieron a nivel físico como ganancias en coordinación, balance y equilibrio, habilidades motrices finas y gruesas, a nivel psicomotriz mejor adaptación a la tarea, aumento en el aprendizaje, la autoconfianza y la interacción social; estos reconocidos beneficios invitan a una mayor difusión del mismo; con unas estrategias comunicativas que no recaigan en actitudes negativas de rechazo hacia el deporte y la discapacidad.

El deporte y la discapacidad deben estar más al alcance de la formación profesional temprana ya que “El conocer” actual no ha generado acciones a favor de la promoción del deporte para la rehabilitación. Lo que lleva a concluir que no solo es necesario, sino que no es suficiente, si en el enfoque no está el trabajo por las actitudes y prácticas de todos los colectivos sociales que permitan una acción conjunta y favorable al mantenimiento de la salud integral de las personas con discapacidades.

El desconocimiento de las actitudes y prácticas de la población en situación de discapacidad con respecto al deporte y de cómo vivencian la rehabilitación, ha llevado al fracaso de intentos y programas en los que han incursionado profesionales que si consideraron el deporte durante el desarrollo del proceso rehabilitador por lo que se recomienda hacer mayor difusión de estas experiencias a los profesionales en formación como también que puedan a través de esta dinámica tener mayor acercamiento a esta población.

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Resumen de antecedentes.	
Tabla 2: Definiciones y diferenciaciones AF, deporte, juego.	33
Tabla 3: Situación y la técnica utilizada para participación.	41
Tabla 4: Variables sociodemográficas de los participantes.	42
Tabla 5: Variables y categorías relacionadas con CAP(s) en rehabilitación, deporte y discapacidad.	44
Tabla 6: Proceso para presentación y análisis de resultados.	49
Tabla 7: CAP(s) hallados en relación a discapacidad.	67
Tabla 8: CAP(s) hallados en relación a rehabilitación.	67
Tabla 9: CAP(s) hallados en relación a deporte.	69
Tabla 10: CAP(s) con tendencia negativa identificado en la relación discapacidad- deporte -rehabilitación.	69
Tabla 11: CAP(s) con tendencia positiva identificado en la relación discapacidad- deporte -rehabilitación	69
Tabla 12: Análisis de la variable prácticas en cuanto a estructura, proceso y resultados.	75



# **Anexo: formato evaluación de pares**

**TITULO:** Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá

**AUTOR:** Arelis Fajardo Villafaña

**Objetivo de la investigación:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación a partir de métodos cualitativos como entrevistas semi-estructuradas, grupos focales y observaciones de campo, con el fin de promover la inclusión del deporte en el proceso de rehabilitación.

**TÉCNICA:** Grupo focal y entrevista semi estructurada

**INSTRUCCIONES:** Los cuestionarios están estructurados en una serie de 15 preguntas referidas al tema planteado. Dónde para cada pregunta se califica como sigue: P es pertinente, NP es no pertinente, S es suficiente, NS no es suficiente, A es adecuado e I es Inadecuado. Marcando según corresponda en el formato que se le presenta a continuación.

1. Use este formato de la validez de contenido de los instrumentos para expresar su opinión, escribiendo una equis (x) en el espacio que corresponda, según la escala dada.
2. Si tuviera alguna sugerencia para mejorar una pregunta, puede escribirla en el espacio correspondiente a observaciones.
3. En caso de sugerencias por favor escríbalas en el ítem correspondiente a observaciones generales al final del formato.

## Resultado de la evaluación de pares:

Formato para la validez de contenido de instrumento para grupo focal con usuarios													
VARIABLE	CATEGORÍA	PREGUNTA	Área de Validación									Observaciones	
			Pertinencia con la variable		Pertinencia con la categoría		Suficiencia con la variable		Suficiencia con la categoría		Claridad		
			P	NP	P	NP	S	NS	S	NS	A		I
<b>CONOCIMIENTOS</b>	1.REHABILITACIÓN	1. ¿Qué es la rehabilitación?	x		x		x		X		x		
	2.DISCAPACIDAD	2. ¿Qué es discapacidad?	x		x		x		X		x		
	3. RELACIÓN DEPORTE Y SALUD Y REHABILITACIÓN	3. ¿Qué es deporte?	x		x		x		X		x		
		4. ¿Existe relación entre la práctica del deporte, el bienestar y la salud?	x		x		X			X	x		¿Cuál es la relación entre la práctica del deporte, el bienestar y salud?
<b>ACTITUDES</b>	1.REHABILITACIÓN	5. ¿Cómo imaginan ustedes qué debe ser la rehabilitación, ¿Cómo se han sentido con la rehabilitación que vivenciaron hasta ahora y qué esperan del proceso?	x		x		X		X		x		Yo la dividiría y presentaría aparte, y la segunda sería:  Desde su experiencia : ¿Cómo fue su vivencia en el proceso de rehabilitación? ¿Qué cosas ajustaría o mejoraría del proceso de rehabilitación?

		6. Ustedes consideran que el deporte puede tener un papel en el proceso de rehabilitación? ¿Por qué? ¿Cuál sería ese papel? ¿Cómo sería?, ¿En qué momento sería más adecuado?	x		x		X		X		x		
	2.DISCAPACIDAD Y DEPORTE	7. ¿ustedes consideran que las personas en situación de discapacidad pueden hacer deporte? Qué factores influyen en esa práctica deportiva? Cuáles son los impactos?	x		x		X		X		x		
		8. ¿Cuáles deportes reconocen ustedes que las personas en situación de discapacidad puedan practicar saliendo de procesos agudos?	x		x		X		X		x		
	3. RELACIÓN DEPORTE SALUD Y REHABILITACIÓN	9.¿experimentaron cambios cuando empezaron a practicar deporte y desde cuando iniciaron?, ¿se habían recuperado completamente o aun asistían a terapias en el hospital?	x		x		X		X			x	Complementaria con ¿Cuáles fueron los cambios experimentados?
		10. ¿Ustedes piensan que con el deporte se puede incidir sobre la rehabilitación y el bienestar para las personas en situación de discapacidad? ¿de qué manera?	X		x		X		X			x	
PRACTICAS	1.REHABILITACIÓN	11. ¿Qué fortalezas y debilidades identifican ustedes de los profesionales de salud, los usuarios y los cuidadores al interior del proceso de rehabilitación en materia de práctica deportiva para las personas en situación de discapacidad?	x		x		X		X		x		
		12. ¿Les han ofrecido la posibilidad durante la recuperación de que practiquen deporte? ¿Quiénes?, ¿En qué momento de la rehabilitación?, ¿Cuáles fueron las condiciones que les sugirieron para practicar deporte? ¿Dónde?, ¿cuándo?	x		x		X		X		x		
	2.DISCAPACIDAD Y DEPORTE	13. ¿Qué hacen las personas en situación de discapacidad para practicar deporte?, ¿Para qué hacen deporte?	x		x		X		X		x		Considero que la segunda está implícita en las anteriores y no está tan

														relacionada con la primera
3. RELACIÓN DEPORTE Y SALUD REHABILITACIÓN		14. ¿Desde donde se han promovido acciones que les permiten acceder al deporte como parte del proceso de rehabilitación?	x		x		X		X				x	¿Se refiere a que instituciones u organizaciones?
		15. ¿Qué se hace desde la organización del sistema de salud para relacionar el deporte con la rehabilitación del usuario en situación de discapacidad?	x			x	X		X				x	

Formato para la validez de contenido de instrumento para entrevista semi-estructurada con cuidadores o usuarios													
VARIABLE	CATEGORÍA	PREGUNTA	Área de Validación										Observaciones
			Pertinencia con la variable		Pertinencia con la categoría		Suficiencia con la variable		Suficiencia con la categoría		Claridad		
			P	NP	P	NP	S	NS	S	NS	A	I	
<b>CONOCIMIENTOS</b>	1.REHABILITACIÓN	1. ¿para usted qué es la rehabilitación?	x		x		X		X		x		
	2.DISCAPACIDAD	2. ¿usted cómo define la discapacidad?	x		x		X		X		x		
	3.Relación deporte, salud y rehabilitación	3. ¿para usted qué es deporte?	x		x		X		X		x		
		4. ¿usted reconoce alguna relación entre la práctica del deporte, el bienestar y la salud? ¿En qué sentido?	x		x		X		X		x		
<b>ACTITUDES</b>	1.REHABILITACIÓN	5. ¿usted cómo imaginan qué debe ser la rehabilitación, ¿Cómo se ha sentido con la rehabilitación que recibió hasta ahora y qué espera del proceso?	x		x		X		X		x		



		6. Usted cree que el deporte puede tener un papel en el proceso de rehabilitación? ¿Por qué? ¿Cuál sería ese papel? ¿Cómo sería?, ¿En qué momento sería más adecuado?	x		x		X		X		x		
	2.DISCAPACIDAD Y DEPORTE	7. ¿Para usted que ha significado que su familiar en situación de discapacidad practique deporte? Qué factores influyeron en esa práctica deportiva? Cuáles han sido los cambios que ha podido observar?	x		x		X		X		x		
		8. ¿Cómo fue la elección del deporte que ahora práctica, porque lo escogió, desde cuándo empezó?	x		x		X		X		x		
	3. RELACIÓN DEPORTE, SALUD Y REHABILITACIÓN	9. ¿Usted piensa que con el deporte se puede incidir sobre la rehabilitación y el bienestar para las personas en situación de discapacidad? ¿de qué manera?	x		x		X		X		x		
<b>PRACTICAS</b>	1.REHABILITACIÓN	10. ¿Qué fortalezas y debilidades identifica del profesional de salud (fisioterapeuta y medico), del usuario y de usted como cuidador al interior del proceso de rehabilitación en materia de práctica deportiva para las personas en situación de discapacidad?	x		x		X		X		x		Me parece que haciendo las preguntas del personal a la par del cuidador las respuestas se centrarían en el cuidador. Además sistematizar los roles puede ser dispendioso de manera agrupada

		11. ¿Desde su punto de vista y teniendo en cuenta su experiencia cuando es el momento adecuado para empezar la práctica deportiva?	x		x		X		X		x		
	2.DISCAPACIDAD Y DEPORTE	12. ¿Le han ofrecido la posibilidad durante la rehabilitación de que su familiar practique deporte? ¿Cuál deporte? ¿Quiénes, donde, cuando? ¿Cuáles fueron las condiciones que les sugirieron para practicar deporte?	x		x		X		X		x		
		13. ¿usted podría mencionar cambios que haya visto en su familiar como efectos de la práctica deportiva?, ¿Cómo han sido esos cambios? ¿a nivel de qué? (físico, cognitivo, psicosocial).	x		x		X		X		x		
	3.DEPORTE, REHABILITACIÓN Y SALUD	14. ¿Desde dónde se han promovido acciones que les permiten acceder al deporte como parte del proceso de rehabilitación?	x		x		X		X		x		Considero que se debe aclarar instituciones u organizaciones, estamentos, etc
		15. ¿Qué se hace desde la organización del sistema de salud para relacionar el deporte con la rehabilitación del usuario en situación de discapacidad?	x		x		X		X		x		

### Anexo B: Cronograma de actividades

Mes Actividad	2013					2014						
	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio





## Anexo C: Presupuesto

RUBROS	UNIDAD	UNIDAD \$	CANTIDAD	TOTAL \$
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS</b>				
Papel carta	Resma	10.500	1	10.500
Esferos negros	Caja	3.000	1	3.000
Folder tamaños carta	Unidad	7.000	4	21.000
Carpeta plástica con gancho legajador	Unidad	3.000	1	3.000
Baterías recargables AA	Par	15.000	2	30.000
<b>TRANSPORTE</b>				
Transmilenio o bus urbano	Pasaje promediado	1650	400	660.000
<b>COMUNICACIÓN</b>				
Llamadas	Minutos	200	420	84.000
Internet	Horas	1000	112	112.000
<b>EQUIPOS</b>				
Computador portátil	Unidad	800.000	1	800.000
Cámara fotográfica digital 16.0M. CANON - A3500	Unidad	349.000	1	349.000
Grabadora de sonido	Unidad	99.000	1	99.000
<b>IMPRESIONES, DIGITALIZACIONES Y FOCOTOPIAS</b>				
Fotocopia B/N	Unidad	50	200	10.000
Impresiones	Unidad	100	100	10.000
Digitalización	Hora	500	100	50.000
<b>INVESTIGADORES</b>				
Fisioterapeuta en formación (2)	Mes	1'200.000	6	7'200.000
Docente director	Mes	Aportado por la Universidad Nacional		
<b>TOTAL</b>		<b>\$9'113.500</b>		

## Anexo D: Formulario de consentimiento de participación investigación

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Proyecto: conocimientos, actitudes y practicas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá.**

Datos del Participante	
Nombres y	

<b>apellidos</b>					
<b>Identificación</b>					
<b>Discapacidad</b>					
<b>En calidad de:</b>	<b>Usuario</b>		<b>cuidador</b>		<b>profesional</b>

Se le ha solicitado que participe en el estudio: **“conocimientos, actitudes y practicas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá.”** A cargo de la estudiante Arelis Fajardo Villafaña y dirigido por la docente Nancy Molina Achury del departamento de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia.

### 1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

Esta investigación busca hacer una descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas del deporte dentro del proceso de rehabilitación, a partir de su experiencia personal o profesional. Sus opiniones y experiencias nos ayudarán a comprender y visibilizar la presencia o no del deporte en los procesos de rehabilitación temprana, con el fin de construir un marco referencial que incida en la inclusión del mismo en dichos procesos desde el ámbito académico e institucional como también desde la construcción de políticas sociales de salud. Por lo cual estamos interesados en sus opiniones y experiencias.

**2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?:** Si decide participar, se le realizará una entrevista sobre sus experiencias y opiniones en relación con el papel del deporte en la rehabilitación. La entrevista tendrá lugar en la ciudad de Bogotá. En la institución donde lleva a cabo sus actividades. La duración de la entrevista será de aproximadamente una hora. El investigador grabará la entrevista. Puede solicitar que se detenga la grabación o retirarse de la entrevista en cualquier momento.

**3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?:** El presente estudio NO representa ningún riesgo. Si alguna pregunta de la entrevista le hiciera sentir incómodo, no tiene por qué contestar si no lo desea.

**4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?:** Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que la sociedad pueda beneficiarse con los resultados de la investigación.

**5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY? :** Es libre de decidir si participa o no en el estudio

**6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?:** Al momento de procesar la información las entrevistas serán completamente anónimas con el fin de proteger su información, nombre o identidad. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información

**7. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO:** La investigadora resolverá cualquier pregunta que tenga con relación al estudio o su participación, antes o después de su consentimiento.

En este formulario se explica la naturaleza, demandas, beneficios y riesgo del proyecto. Su participación es voluntaria. Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación. Se le entregará una copia de este formulario si lo requiere

Su firma más abajo indica que consiente en participar en el estudio citado más arriba.

Nombre Impreso

Firma de la persona participante

Fecha

**8. DECLARACIÓN DE QUIEN INVESTIGA:** "Certifico que he explicado al individuo citado arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado (ofrecido) al participante una copia de este documento firmado".

Firma de la Investigadora  
investigación

Firma directora de la

## Anexo E: Guion entrevista semi estructurada y grupo focal

**Fecha y lugar:**

**Hora de inicio/ de finalización:**

**Duración de la entrevista:**

**Nombre:**

VARIABLE	VALOR
Edad	
Género	Masculino____ Femenino____
Estrato Socioeconómico:	Estrato: 1__ 2__ 3__ 4__
Estado civil actual	Soltero__ Casado __ Separado__ Viudo__ Unión Libre__

	Religioso__ Otro__
Nivel educativo	Ninguno____, Primaria incompleta____, Primaria completa____, Secundaria incompleta____, Secundaria completa____, Nivel Técnico____, Nivel Tecnológico____, Especialización____, Maestría____, Doctorado____
Situación ocupacional actual	Empleado____, Trabajador Independiente____, Estudiante____, Jubilado____, Pensionado por invalidez____, Desempleado____, Ama de casa____, Otro____
Tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud.	No afiliado____, Subsidiado____, Contributivo____, Régimen Especial____, No precisa____, Otro____
Diagnóstico médico (El CIE10)	_____ _____ _____

1. ¿para usted qué es la rehabilitación?	_____
2. ¿usted cómo define la discapacidad?	_____
3. ¿para usted qué es deporte?	_____
4. ¿usted reconoce alguna relación entre la práctica del deporte, el bienestar y la salud? ¿En qué sentido?	_____
5. ¿usted cómo imaginan qué debe ser la rehabilitación, ¿Cómo se ha sentido con la rehabilitación que recibió hasta ahora y qué espera del proceso?	_____
6. Usted cree que el deporte puede tener un papel en el proceso de rehabilitación? ¿Por qué? ¿Cuál sería ese papel? ¿Cómo sería?, ¿En qué momento sería más adecuado?	_____
7. ¿Para usted que ha significado que su familiar en situación de discapacidad practique deporte? Qué factores influyeron en esa práctica deportiva? Cuáles han sido los cambios que ha podido observar?	_____
8. ¿Cómo fue la elección del deporte que ahora práctica, porque lo escogió, desde cuándo empezó?	_____
9. ¿Usted piensa que con el deporte se puede incidir sobre la rehabilitación y el bienestar para las personas en situación de discapacidad? ¿de qué manera?	_____



10. ¿Qué fortalezas y debilidades identifica del profesional de salud (fisioterapeuta y medico), del usuario y de usted como cuidador al interior del proceso de rehabilitación en materia de práctica deportiva para las personas en situación de discapacidad?
11. ¿Desde su punto de vista y teniendo en cuenta su experiencia cuando es el momento adecuado para empezar la práctica deportiva?
12. ¿Le han ofrecido la posibilidad durante la rehabilitación de que su familiar practique deporte? ¿Cuál deporte? ¿Quiénes, donde, cuando? ¿Cuáles fueron las condiciones que les sugirieron para practicar deporte?
13. ¿usted podría mencionar cambios que haya visto en su familiar como efectos de la práctica deportiva?, ¿Cómo han sido esos cambios? ¿a nivel de qué? (físico, cognitivo, psicosocial).
14. ¿Desde dónde se han promovido acciones que les permiten acceder al deporte como parte del proceso de rehabilitación?
15. ¿Qué se hace desde la organización del sistema de salud para relacionar el deporte con la rehabilitación del usuario en situación de discapacidad?

## Bibliografía

Aguiló Pons A., Moreno Gómez C., Martínez Bueso P., Paz Lourido B., (2006). *Relevancia de la formación sobre ejercicio físico y deporte en los planes de estudio de fisioterapia*. Fisioterapia 2006;28(6):291-7. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/relevancia-formacion-ejercicio-fisico-deporte-los-planes-13095295-articulos-2006>

Aignerren, M. (2010). Técnicas de medición por medio de escalas. *La Sociología en sus escenarios*, (18).

Alvis, K., y Mejía, M. (2013). *Boccia: Factor de integración social y su significado en mujeres y hombres adscritos a la liga de parálisis cerebral de Bogotá*. Rev. Fac. Med. (Bogotá), 61(2), 70-80. ISSN 0120-0011.

Blanchard Y., Darrah J. (1999). *Health-Related Fitness for Children and Adults with Cerebral Palsy*. American College of Sports Medicine. Recuperado de: <http://www.acsm.org/docs/current-comments/health-relatedfitnessforcawithcp.pdf>

Cáceres C. (2004). *Sobre el Concepto de Discapacidad. Una Revisión de las Propuestas de la OMS*. Revista Electrónica de Audiología, 2 (3), 74 - 77. Recuperado de: <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>

Cachorro, G. (2012). Deporte prácticas corporales y subjetividad. *Artefacto. Pensamientos sobre la técnica*. (27).

Caus N., Gutiérrez M. (2001). *Descripción y Evolución de la Actividad Física Adaptada*. II Congreso de la Actividad Física y el Deporte. Universidad de Valencia.

Coll, J. (2012) *Programa de ejercicios físicos terapéuticos para la rehabilitación de pacientes hemipléjicos en la atención primaria de salud*. Tesis doctoral en Ciencias de una Especialidad, Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte "Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

Congreso de la República de Colombia. (2000). *Ley 582 del 8 de junio 2000*. Por medio de la cual se define el deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales, se reforma la Ley 181 de 1995 y el Decreto 1228 de 1995, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 44.040 de 12 de junio de 2000.

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1145 del 10 de Julio 2007*. Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.685 de 10 de julio de 2007.

Donabedian, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.

García L., Ospina J., Aguinaga L., Russi L. (2009). *Aproximación Conceptual a la Actividad Física Adaptada (AFA)*. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Editorial Universidad del Rosario.

Gaskin C., Andersen M., Morris T. (2010). *Sport and Physical Activity in the Life of a Man with Cerebral Palsy: Compensation for Disability with Psychosocial Benefits and Costs*. *Psychology of Sport and Exercise*, 11 (3), 197 – 205.

Garay P., Hernandez M. (2005). *La actividad física y el deporte en el marco científico*. Lecturas: Educación física y deportes. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 85 - Junio de 2005.

Henderson K. (2009). *A Paradox of Sport Management and Physical Activity Interventions*. *Sport Management*, 12, 57-65.

Hutzler Y., Chacham A., Reiter S. (2012). *Psychosocial Effects of Reverse-Integrated Basketball Activity compared to Separate and no Physical Activity in Young People with Physical Disability*. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (1), 579 – 587.

Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRDR, (2014). Rendimiento Deportivo Paralímpico. Recuperado de: [http://www.idrd.gov.co/web/htms/seccion-idrd\\_1.html](http://www.idrd.gov.co/web/htms/seccion-idrd_1.html)

Instituto Guttmann – hospital de neurorehabilitación, Programa hospisport (2014). Recuperado de: <http://www.guttmann.com/es-es/actividad-social/promocion-del-deporte-adaptado/programa-hospisport.html>

Instituto Interamericano del Niño. (2001). *La Inclusión de la Niñez con Discapacidad*. Documento de Trabajo Proder. Recuperado de: [http://www.iin.oea.org/Ninez\\_Discapacidad.pdf](http://www.iin.oea.org/Ninez_Discapacidad.pdf)

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología social II*. Editorial Paidós (pp. 469-494). Barcelona España.

Laza Vásquez C., Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Jun 16] ; 11(26): 408-415. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200025>.

León H., Mogollón A., García L., Ospina J., Santacruz M., Morales N., Copete J. (2010). *La Actividad Física en la Población con Discapacidad en Colombia. Una mirada desde el Papel del Estado, los Enfoques de Desarrollo y las Políticas Públicas*. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Editorial Universidad del Rosario.

López Chicharro J. y López Mojares L. (2008). *Fisiología clínica del ejercicio*. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España. Pag 232

Martínez C, José M. *Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOPE)*. *Educ. méd.* 2005, vol.8, suppl.2, pp. 18-22. ISSN 1575-1813.

Medina J., Chamarro A., Parrado E. (2013). *Efecto del Deporte en el Bienestar Psicológico de las Personas con gran Discapacidad Física de Origen Neurológico*. *Rehabilitación*, 47 (1), 10 – 15.

Mogollón A., García L., Ospina J., Santacruz M. (2009). *Factores que Inciden en la Práctica de Actividad Física de la Población en Situación de Discapacidad*. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Editorial Universidad del Rosario.

Moré, JK. (2009). *La rehabilitación Física del paciente hemiparésico crónico en las áreas de Cultura Física Terapéutica y Profiláctica*. Tesis doctoral. Instituto Superior de Cultura Física “Manuel Fajardo”. Facultad de Villa Clara. Santa Clara, Cuba.

Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su publico*. Ed. Huemul, Buenos Aires, 2da. Edición. Cap. I, pp. 27-44

Monsalve C. Temas actuales en derecho y ciencia política. Editorial Universidad del Norte. Colombia, 2011.

Narváez, C. A. (2013). *Análisis de la viabilidad para la participación de un grupo de personas con diagnóstico clínico "retardo mental leve" de fútbol sala de la ciudad de Santiago de Cali en el deporte convencional de la misma disciplina, mediante el estudio de las cualidades físico deportivas (fuerza y resistencia), antropométricas y técnicas*. Trabajo de Grado, instituto de educación y pedagogía área de educación física y deporte profesional. Universidad del Valle, Santiago de Cali. Colombia.

Neira, N. A. (2011). *Determinantes sociales que promueven la inclusión/exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo*. Tesis de maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Resolución No. 58/5 del 17 de Noviembre 2003*. El deporte como Medio de Promover la Educación, la Salud, el Desarrollo y la Paz. Asamblea General ONU. Recuperado de: [http://www.un.org/wcm/webdav/site/sport/shared/sport/pdfs/Resolutions/A\\_RES\\_58\\_5/2003-11-03\\_A-RES-58-5\\_ES.pdf](http://www.un.org/wcm/webdav/site/sport/shared/sport/pdfs/Resolutions/A_RES_58_5/2003-11-03_A-RES-58-5_ES.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF*. Ginebra OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Discapacidades y Rehabilitación*. Recuperado de: <http://www.who.int/disabilities/care/es/>

Presidencia de la República de Colombia (2001). *Decreto 641 del 16 de abril 2001*. Por el cual se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales. Diario Oficial No. 44.394 de 20 de abril de 2001.

Robles J., Abad M., Giménez F. (2009). *Concepto, Características, Orientaciones y Clasificaciones del Deporte Actual*. Revista Digital, Año 14 No. 138, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd138/concepto-y-clasificaciones-del-deporte-actual.htm>.

Sebastian R. (2013). *Sociologia dello Sport e Etica dello Sport: la Propettiva dell'Approccio Relazionale*. Università di Bologna. Recuperado de: [http://amsdottorato.cib.unibo.it/5410/1/4.\\_DEFINITIVA.\\_Tesis\\_Doctoral\\_Bolonia\\_2013..pdf](http://amsdottorato.cib.unibo.it/5410/1/4._DEFINITIVA._Tesis_Doctoral_Bolonia_2013..pdf)

Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. (2009). *Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009 - 2019*. Recuperado de: [http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/politica\\_publica\\_de\\_deporte\\_recreacion\\_y\\_actividad\\_fisica\\_2009-2019.pdf](http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/politica_publica_de_deporte_recreacion_y_actividad_fisica_2009-2019.pdf)

Trujillo A., Sanabria L., Carrizoza L., Parra E., Rubio S., Uribe J., Rojas C., Pérez L., Méndez J. (2011). *Ocupación: Sentido. Realización y Libertad. Diálogos Ocupacionales en torno al Sujeto, la Sociedad y el Medio Ambiente*. Editorial Universidad Nacional de Colombia. 1ra Ed. Bogotá, Colombia.

UNESCO. (1978). *Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte*. Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Recuperado de: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13150&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Unisport. (1992). *Carta Europea del Deporte*. Recomendación No. R(92) 13 del Comité de Ministros a los Estados Miembros. Adoptada el 24 de septiembre de 1992 y revisada el 16 de mayo de 2001. Málaga. Recuperado de: [http://web.bizkaia.net/Kultura/kirolak/pdf/ca\\_cartaeuropeadeporte.pdf?idioma=EU](http://web.bizkaia.net/Kultura/kirolak/pdf/ca_cartaeuropeadeporte.pdf?idioma=EU)

Van Langeveld S., Post M., Van Asbeck F., Ter Horst P., Leenders J., Postma K., Rijken H., Lindeman E. (2011). *Contents of Physical Therapy, Occupational Therapy, and Sports Therapy Sessions for Patients with a Spinal Cord Injury in Three Dutch Rehabilitation Centres*. *Disability and Rehabilitation*, 33 (5), 412-422.

Verkhoshansky, Y. (2002). *Teoría y metodología del entrenamiento deportivo*, Barcelona, España: Editorial Paidotribo. Páginas (pags 9-10)

WCPT. (2011). *Policy Statement: Description of Physical Therapy*. Recuperado de:

[http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS\\_Description\\_PT\\_Sept2011\\_FORMATTED\\_edit2013.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf)

Yazicioglu K., Yavuz F., Goktepe A., Tan A. (2012). *Influence of Adapted Sports on Quality of Life and Life Satisfaction in Sport Participants and Non-Sport Participants with Physical Disabilities*. *Disability and Health Journal*, 5 (4), 249 - 253.

Zopf E., Braun M., Machtens S., Zumbé J., Bloch W., Baumann F. (2012). *Implementation and Scientific Evaluation of Rehabilitative Sports Groups for Prostate Cancer Patients: Study Protocol of the ProRehab Study*. *BMC Cancer*, 12, 312 – 318. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414755/pdf/1471-2407-12-312.pdf>

Zucchi D. (2001) *Deporte y Discapacidad*. *Revista Digital*, Año 7 No. 43, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm>