

**DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA PROPUESTA CURRICULAR
INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD DE LA LICENCIATURA EN
EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA
UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA**

**ANDRÉS MAURICIO MINA VALLEJO
JULIETH ROSANA TABORDA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE - PALMIRA
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA Y DEPORTES
PALMIRA
2010**

**DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA PROPUESTA CURRICULAR
INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD DE LA LICENCIATURA EN
EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA
UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA**

**ANDRÉS MAURICIO MINA VALLEJO
JULIETH ROSANA TABORDA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar
al título de Licenciado en Educación Física y Deportes**

**PAULA ANDREA LUCUMI LÓPEZ
Fisioterapeuta
Asesor Temático**

**HOLBEIN GIRALDO
Sociólogo
Asesor Metodológico**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE - PALMIRA
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA Y DEPORTES
PALMIRA
2010**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Palmira, 28 de Enero de 2010

DEDICATORIA

Este trabajo y cada momento de mi vida se lo dedico a Dios por todas las bendiciones que he recibo día a día y por colocarme hoy en día en el lugar donde estoy, gracias a Él todo lo que uno se propone, se lo retribuye.

A mi hermosa familia, porque son ellos que siempre me han animado a seguir adelante apoyándome siempre en las buenas y en las malas, buscando y deseándome lo mejor.

A todos aquellos que hicieron posible la realización de este trabajo en busca de conseguir un logro más en mi vida y cumplir este gran sueño.

AGRADECIMIENTOS

Por su contribución durante el desarrollo y culminación de la presente carrera universitaria, expresamos los más sinceros agradecimientos:

A la Universidad del Valle, por la formación impartida a lo largo de la carrera.

A nuestro Director de Trabajo de Grado Holbein Giraldo, quién con su valiosa colaboración, orientación y apoyo en todos esos momentos, siempre estuvo presto a una recomendación o comentario para cumplir con los objetivos propuestos.

A nuestra Asesora Metodológica Paula Andrea Lucumí, que siempre permaneció pendiente en el desarrollo y explicación terminológica y aplicativa, con su vasta experiencia en el campo de la investigación y discapacidad.

Al Lic. Edwin Rebolledo, Coordinador del Programa de Licenciatura en Educación Física y Deportes por el acompañamiento y la colaboración prestada, producto de la gestión eficaz con la que desempeña su labor.

A todos nuestros Compañeros, Docentes y demás personas que contribuyeron a cumplir con el desarrollo de uno de nuestros principales proyectos de vida, ser Licenciados en Educación Física y Deportes.

CONTENIDO

	pág.
TITULO	1
PRESENTACIÓN	1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1. OBJETIVOS	4
1.1. Objetivo general	4
1.2. Objetivo específicos	4
2. MARCO DE REFERENCIA	5
2.1. MARCO CONCEPTUAL	5
2.1.1. Antecedentes	5
2.1.2. Educación física	6
2.1.2.1. Historia de la educación física	6
2.1.2.2. Importancia de la educación física	8
2.1.3. Educación inclusiva	10
2.1.4. La integración educativa	11
2.1.5. La integración en el aula de educación física	13
2.1.6. Deporte y discapacidad	18
2.1.7. Clasificación del deporte adaptado	20
2.1.7.1. Deporte adaptado escolar	20
2.1.7.2. Deporte adaptado recreativo	20
2.1.7.3. Deporte adaptado terapéutico	20
2.1.7.4. Deporte adaptado competitivo	21
2.1.8. Discapacidad	21
2.1.9. Tipos de discapacidad	23
2.1.9.1. Discapacidad Física	23
2.1.9.2. Discapacidad Sensorial	31
2.1.9.3. Discapacidad Psíquica	39
2.1.9.4. Discapacidad Intelectual o Mental	40
2.2. MARCO LEGAL	42
2.2.1. Normas internacionales	42
2.2.2. Normas nacionales	43
2.2.3. Política publica	46

3.	MARCO METODOLÓGICO	47
3.1.	TIPO DE ESTUDIO	47
3.2.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.3.	UNIVERSO DE ESTUDIO	47
3.4.	FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.4.1.	Fuentes primarias	48
3.4.2.	Fuentes secundarias	48
3.4.3.	Instrumentos	48
3.5.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.5.1	Fase I. Revisión de literatura	49
3.5.2.	Fase II. Selección, diseño y ajuste de instrumentos	49
3.5.3.	Fase III. Recolección de la información	50
3.5.4.	Fase IV. Procesamiento de la información	50
3.5.5.	Fase V. Análisis y discusión de resultados	50
3.5.6.	Fase VI. Alternativas para el desarrollo de una propuesta curricular incluyente	50
3.5.7.	Fase VII. Conclusiones y recomendaciones	50
4.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
4.1.	ACTUAL OFERTA EDUCATIVA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD DE LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA.	51
4.2.	ALTERNATIVAS PARA EL DESARROLLO DE UNA PROPUESTA CURRICULAR INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD EN LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA	55
4.3.	ASPECTOS POR LOS CUALES ES NECESARIO UNA PROPUESTA CURRICULAR INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD EN LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA	57
5.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	63
6.	PROPUESTAS CURRICULARES	66
7.	CONCLUSIONES	71
8.	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFÍA	73
	ANEXOS	75

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Distribución de frecuencia del nivel de conocimiento del contenido de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.....	51
Grafico 2. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.....	52
Grafico 3. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto a la complejidad y el abordaje sistemático que requiere la población con discapacidad.....	52
Grafico 4. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto al panorama regional, nacional e internacional de la población con discapacidad.....	53
Grafico 5. Distribución de frecuencia de la proyección universitaria que brinda la Universidad del Valle sede Palmira en la Licenciatura en educación física y deportes es la adecuada para atender las necesidades deportivas de la población con discapacidad.....	54
Grafico 6. Distribución de frecuencia de la calificación en la formación profesional en materia de discapacidad y deporte de la Universidad del Valle sede Palmira.	54
Grafico 7. Distribución de frecuencia de la calificación de la experiencia profesional en el abordaje deportivo de la población con discapacidad.....	55
Grafico 8. Distribución de frecuencia suficiencia (en cantidad y calidad) de la oferta educativa actual para la formación profesional de los estudiantes de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.	56
Grafico 9. Distribución de frecuencia de la necesidad de replantear el pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.....	56

Grafico 10. Distribución de frecuencia de la adaptación del pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.....	57
Grafico 11. Distribución de frecuencia de la calificación del nivel de conocimiento en el abordaje deportivo de la población con discapacidad, de los estudiantes y docentes de la Licenciatura de Educación Física de la Universidad del Valle sede Palmira.....	58
Grafico 12. Distribución de frecuencia del nivel de condición actitudinal y aptitudinal de los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para el abordaje deportivo de la población con discapacidad.....	58
Grafico 13. Distribución de frecuencia de apreciación de la importancia del deporte y/o la actividad física para las personas con discapacidad.....	59
Grafico 14. Distribución de frecuencia de las tendencias en deporte y actividad física para la población con discapacidad.....	59
Grafico 15. Distribución de frecuencia del abordaje deportivo de la población con discapacidad como un nuevo campo de acción en el quehacer profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes.....	60
Grafico 16. Distribución de frecuencia de apreciación de capacitación en generalidades sobre discapacidad, orientaciones pedagógicas, reglamentación deportiva, clasificación funcional y apoyos, ayudas técnicas e implementación deportiva de la población con discapacidad, por parte de los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.....	61
Grafico 17. Distribución de frecuencia del conocimiento de las disposiciones y responsabilidades legales y reglamentarias de los Licenciados en Educación Física y deportes en materia de Educación Inclusiva.....	67
Grafico 18. Distribución de frecuencia de la adaptación del perfil del Licenciado de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira para suplir las necesidades deportivas de la población con discapacidad.....	68

RESUMEN

En este documento se presenta un estudio desarrollado al programa curricular de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, con el fin de determinar las necesidades de una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en esta institución.

Para dar cumplimiento a este objetivo, se planteó una investigación cualitativa con un diseño descriptivo, utilizando la entrevista estructurada como técnica de recolección de la información y la discusión de los resultados como técnica de análisis. Los sujetos de la muestra fueron 10 docentes y 44 estudiantes de último semestre del programa de pregrado. Los resultados mostraron con mayor representatividad que existe una necesidad en complementar la formación y capacitación de los futuros profesionales en materia de discapacidad.

Partiendo de estos resultados se suscita una serie de propuestas curriculares incluyentes, como medio facilitador para la adaptación, modificación y/o reestructuración del programa curricular, que pretende fortalecer el conocimiento y la formación integral del estudiantado con el único fin de formar profesionales competentes y capaces de afrontar los diferentes campos de acción.

PALABRAS CLAVES: Educación Física, Educación Inclusiva, Deporte y Discapacidad, Clasificación de la Discapacidad, Propuesta Curricular Incluyente.

TITULO

Determinación de las necesidades de una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad de la licenciatura de educación física y deportes de la universidad del valle sede Palmira.

PRESENTACIÓN

La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

Ésta debe favorecer el pleno desarrollo de la personalidad del educando, dar acceso a la cultura, al logro del conocimiento científico y técnico y a la formación de valores éticos, estéticos, morales, ciudadanos y religiosos, que faciliten la realización de una actividad útil para el desarrollo socioeconómico del país.

Como futuros profesionales, conscientes del rol del educador físico en la orientación de los establecimientos educativos, en los procesos de formación, enseñanza y aprendizaje de los educandos, sabemos que debemos procurar por desarrollar una actividad profesional acorde con las expectativas sociales, culturales, éticas y morales de los individuos y de la sociedad. La cual nos lleva a encontrarnos en la actualidad frente a una problemática que comporta la integración del servicio educativo de las personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas y/o emocionales, aspecto que en el marco de una política educativa incluyente, requiere de alta formación universitaria de los educadores para garantizar un abordaje holístico que permita el adecuado proceso de integración académica y social de la población con discapacidad.

En este sentido entonces, se debe resaltar la responsabilidad y el compromiso que tienen las instituciones de educación superior en la sociedad a través de sus profesionales proporcionándole a toda la comunidad universitaria que acceda a ellas, los conocimientos, habilidades, competencias y destrezas necesarias para desempeñarse en un mundo laboral cuya tendencia favorece día a día a las poblaciones vulnerables.

La educación física es una disciplina científica cuyo objeto de estudio es la expresión corporal del hombre y la incidencia del movimiento en el desarrollo integral y en el mejoramiento de la salud vida de TODOS los individuos. Como herramienta que contribuye a la concreción de una política nacional que busca cubrir necesidades y aspiraciones de la sociedad de nuestro país, es necesario que ésta se ciña también a políticas de inclusión social que permitan a la población con discapacidad acceder a sus derechos al deporte, la recreación, el disfrute, el sano esparcimiento, la diversión, y al cambio de rutinas sedentarias para posibilitar la implementación de hábitos de vida saludables, cotidianos, activos y perdurables que favorezcan el mejoramiento de su calidad de vida. Históricamente tanto en nuestro municipio, como a nivel departamental y nacional, se han dado procesos de inclusión de educación física de las personas con discapacidad en los establecimientos educativos que han obedecido más a la disposición y voluntad de la mayoría de los docentes los cuales algunos de ellos no cuentan con una formación universitaria en educación física y menos en el manejo de personas con discapacidad, que a verdaderos procesos de integración social de esta población. Dada la heterogeneidad y la particularidad que representa cada discapacidad y a los temores al no estar seguros de si tal o cual movimiento le hará daño a la persona con discapacidad o le favorecerá su funcionamiento motriz, los profesores a cargo de la educación física en las escuelas y/o colegios regulares, generalmente o terminan por excluir a los niños de las actividades regulares de las clases o se les reemplazan los logros académicos por meras evaluaciones teóricas (cuando es posible), esto limita las posibilidades motrices, expresivas, comunicativas, afectivas y cognitivas que se podrían desarrollar en esta población.

La Universidad del Valle en la sede de Palmira, institución consciente de la responsabilidad social e intervención activa de sus profesionales en la población con discapacidad, ha incluido dentro de su programa curricular una materia electiva profesional desde hace seis meses, con lo cual se ha disminuido un poco la incertidumbre frente a la intervención de esta población. A pesar de ello este esfuerzo es insuficiente debido a que no toda la población estudiantil tiene la posibilidad de acceder a este nuevo aprendizaje, porque esta asignatura no tiene el carácter de obligatoriedad necesaria para acceder a la misma ya que ésta está sometida a un proceso de elección semestral por parte del estudiantado, para determinar la potencial selección de la misma en cada periodo académico.

Por otra parte la distribución curricular y la carga horaria asignada para ésta materia es muy limitada dada la especificidad y la complejidad para el abordaje educativo de esta población que requiere de una atención sistemática, participativa, inclusiva, creativa e interdisciplinar con sustentos científicos basados en la evidencia y la investigación exhaustiva para la intervención educativa de la población con discapacidad.

Es por eso que dadas las implicaciones sociales, culturales, económicas y políticas que se derivan de no brindar una atención en educación física inclusiva de la población con discapacidad, en este trabajo de investigación se plantea la necesidad de un cambio en los criterios, en la metodología, y en los procesos que contribuyen a la formación integral en discapacidad de los estudiantes, de manera que en el futuro, los egresados de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle en la sede de Palmira, cuenten con un amplio panorama de conocimientos que permitan tanto optimizar su quehacer profesional como poner en práctica las políticas de inclusión necesarias para contribuir a los proyectos educativos institucionales propiciando así la ampliación de campos de acción profesional para la intervención educativa de la población con discapacidad.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo sería una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad para la licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira?

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en el programa académico de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar la actual oferta educativa en materia de discapacidad de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.
2. Establecer los aspectos por los cuales es necesario formular una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.
3. Delimitar las alternativas para el desarrollo de una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. ANTECEDENTES

La educación física, con la connotación común actual, se originó en las actividades físicas que el hombre trató de sistematizar en la antigüedad para su mejor condición física para la guerra. El renacimiento vio un ideal en el hombre físicamente apto y hace sólo 150 años se convirtió en la educación física escolar para el "desarrollo armonioso y equilibrado del cuerpo".

Ese concepto de educación física en la escuela, prevaleció por muchos años como el objetivo mismo de la disciplina.

Las escuelas e institutos de formación de profesores de educación física, alcanzaron nivel universitario a fines del siglo pasado y con el desarrollo de los postgrados y la investigación científica, las más importantes y prestigiosas de esas instituciones empezaron a buscar cada vez mas base científica para apoyar sus programas y estudiar el desarrollo humano.

Como consecuencia las universidades tratando de dejar atrás el concepto de educación física escolar, como el alcance de la disciplina, y orientándose hacia todas las edades, cambiaron sus programas y nombres hacia: ciencias del movimiento; actividad física; fisiología del ejercicio, condición física; salud; educación física y recreación; kinesiología; ciencias del deporte. En efecto las instituciones que conservaron educación física en sus nombres pasaron a ser de: salud, educación física y recreación.

Los cambios ocurridos en las últimas décadas se iniciaron en los años sesenta o comienzos de los setenta, en USA y Europa, lamentablemente los países de América Latina y los países en desarrollo en general, no formaron parte de esos primeros movimientos importantes y algunos de ellos todavía siguen con los planteamientos de la primera mitad del siglo veinte.

Realizando un análisis de la dinámica en el sector educativo en el Valle del Cauca, una de las principales gestoras en la oferta educativa en educación física en el departamento, es la Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA) desde el año 1.978 cuando el ICFES otorgó a la Universidad la licencia de funcionamiento hasta la actualidad, donde se encargan de brindar la Licenciatura en Educación Física se destaca en brindar una educación basada en las necesidades de la población. La Universidad Santiago de Cali, generó en junio de 2009 un "Diplomado de Formación en Deporte Paralímpico", que tiene como objetivo brindar

conocimientos básicos sobre deporte paralímpico que le permita entender los diferentes tipos de discapacidad, sus clasificaciones y las adaptaciones requeridas en el proceso de entrenamiento. Más tarde incluyó dentro del programa de fisioterapia la asignatura de deporte adaptado como práctica profesional de los estudiantes.

La Universidad del Valle en el semestre anterior optó por ofertar dentro de su plan curricular una electiva complementaria “Deporte y Discapacidad”, la cual se brinda a razón de brindarle al estudiante elementos facilitadores que promuevan la participación en la práctica deportiva por parte de las personas en situación de discapacidad en su entorno e independientemente de su condición.

A pesar de los esfuerzos de las instituciones universitarias en mención no hay referencias sobre universidades que hayan adoptado un modelo de enseñanza eficaz y eficiente para los estudiantes en materia de deporte y discapacidad teniendo en cuenta el movimiento y auge en cuanto al deporte en la población con discapacidad.

2.1.2. EDUCACIÓN FÍSICA

Desde épocas remotas (prehistoria) el hombre ha tenido la necesidad del movimiento, y en su afán de mantenerse en forma, ha empleado el ejercicio físico para lograrlo. A través del tiempo, esta necesidad física ha evolucionado de tal manera que su práctica se ha institucionalizado mundialmente.

El Área de Educación Física, Recreación y Deportes estudia y emplea el movimiento humano para contribuir a la formación, capacidad y mejoramiento integral del niño, considerándolo como una unidad funcional que comprende aspectos físicos, de pensamiento, personalidad e interacción social. Así mismo, propicia el desarrollo, el fortalecimiento y la conservación de la identificación personal, ubicando al niño adecuadamente en su medio social.

2.1.2.1. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

Hacia el año 400 a.C. el ejercicio físico adquirió una gran relevancia en Grecia como en ninguna otra cultura de la antigüedad. Tuvo un destacado papel en la educación y en la vida social, desatancándose los Juegos Olímpicos, celebrados cada 4 años en honor de Zeus, su máximo exponente.

Antiguamente la Educación Física consistía en ejercicios físicos para aumentar la agilidad, flexibilidad y la resistencia. Los griegos consideraban al cuerpo como un templo; que encerraba el cerebro y el alma, y la gimnasia era un medio para mantener la salud y la funcionalidad del cuerpo.

Prehistóricamente, los motivos que motivaban al hombre a practicar el ejercicio físico, midiendo sus fuerzas con los demás, eran la búsqueda de la seguridad, de la subsistencia y de la potencia. La supervivencia del grupo dependía de que sus miembros poseyeran mayor agilidad, fuerza, velocidad y energía que los otros clanes.

En Grecia el fin supremo de la educación física era crear hombres de acción. A diferencia de Grecia, Esparta buscaba en el ejercicio físico, la combinación del hombre de acción y el hombre sabio; lo que evolucionaría en un programa educativo más intelectualizado denominado Palestra.

La preparación física en Roma era parecida a la espartana. A diferencia de Atenas el deportista era el protagonista.

Galeno es el primero que propone ejercicios específicos para cada parte del cuerpo: ejercicios para dar tono muscular (cavar, llevar pesos, trepar la cuerda, fuerza y resistencia). Ejercicios rápidos (carrera, golpear, juegos de pelota, velocidad y reflejos).

Galeno fue también el primero en utilizar el pulso como medio de detectar los efectos del ejercicio físico.

De la época Visigoda: conocemos algunos ejercicios físicos tales como saltos, esgrima, lanzar jabalinas y lucha.

Pero la verdad es que los deportes actuales nacieron hace poco más de un siglo. La gimnasia moderna nació a principios del siglo XIX, en Alemania y Suiza y se fundamentaba principalmente en salto, carreras y lucha al aire libre, suplementada con natación, escalamiento, trabajo de equilibrio, danza, esgrima y equitación.

Los deportes hípicos también nacieron en Inglaterra, además de uno de los deportes más importantes, el fútbol, el rugby y el cricket.

Finalizando el siglo XIX, la bicicleta y el automóvil estaban en total surgimiento, lo que trajo aparejado el nacimiento de los deportes de velocidad, como el ciclismo y el automovilismo, que a partir de allí, el deporte combinó la habilidad física con la eficiencia mecánica.

El término *Educación Física* aparece por primera vez documentado en 1792 en la obra de J. Ballexserd (médico suizo de tendencia higienista), *Dissertation sur l'éducation physique des enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de leur puberté*, fue la ilustración cuando la Educación Física encontró su identidad en lo pedagógico, ganando terreno por primera vez a lo utilitario (para vencer en la guerra, en su vertiente político-militar, o para sanar el cuerpo, en su vertiente

medico-higienista). A pesar de ello, no será hasta el siglo XIX cuando aparezca como disciplina dotada de un método propio.

2.1.2.2. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

La Educación Física es un eficaz instrumento de la pedagogía, por cuanto ayuda a desarrollar las cualidades básicas del hombre como unidad bio-sico-social. Contribuye al accionar educativo con sus fundamentos científicos y sus vínculos interdisciplinarios apoyándose entonces en la filosofía, la psicología, la biología, etc.

Tiene una acción determinante en la conservación y desarrollo de la salud en cuanto ayuda al ser humano a ajustar pertinentemente las reacciones y comportamientos a las condiciones del mundo exterior.

Específicamente, en el adolescente, ayuda a sobrellevar las agresiones propias de la vida cotidiana y del medio y a afrontar el presente y el futuro con una actitud positiva.

Promueve y facilita a los individuos el alcanzar a comprender su propio cuerpo, sus posibilidades, a conocer y dominar un número variado de actividades corporales y deportivas, de modo que en el futuro pueda escoger las más convenientes para su desarrollo y recreación personal, mejorando a su vez su calidad de vida por medio del enriquecimiento y disfrute personal y la relación a los demás.

La Educación física: Es la disciplina pedagógica que se ocupa de la educación integral del individuo a través de la motricidad.

Dentro de dicha definición pueden ampliarse los siguientes conceptos:

- **Disciplina:** Aún cuando existen debates acerca del tema, no puede considerársela una ciencia, ya que no se ocupa del estudio específico de un objeto. Por el contrario, toma conceptos de distintas ciencias para elaborar su marco de aplicación.
De esta manera es más acertado considerar a la Educación Física una disciplina o práctica, al igual que la medicina, y no una ciencia, como la biología. Aún así, esto no implica que dentro del campo de la Educación Física no pueda investigarse, pero esto se hace dentro de la disciplina empleando métodos y conceptos de las ciencias biológicas, exactas y sociales.
- **Pedagógica:** Puesto que forma parte del conjunto de disciplinas o materias que integran la curricular educativa, siempre considerando a la Educación Física en un sentido educativo.

- Educación integral: Es tal en la medida que se ha vuelto obsoleta la antigua concepción del ser humano como una suma de cuerpo, mente y alma, teniéndoselo actualmente por una unidad integral. De esta manera, la Educación Física actúa (educa) sobre todos los aspectos de la persona.
- Motricidad: Como lo señala su denominación (física), su campo de acción para la educación integral es la motricidad, entendiendo ésta como las prácticas corporales y motoras del ser humano.

Existe también una discusión acerca de la denominación de la disciplina, ya que algunos prefieren llamarla Cultura Física, especialmente aquellos que buscan distanciarse de la perspectiva educativa. Otros pretenden llamarla Educación Deportiva, sin embargo el término es equivocado, ya que los deportes constituyen una parte de la misma y ésta no se basa en función de los mismos.

Existen distintas corrientes, las cuales evolucionan constantemente, convergiendo o ramificándose unas con otras. Las mismas pueden resumirse en:

- Educación: Se centra en dicha función y considera como fundamental campo de acción a la escuela y el sistema educativo.
- Salud: Se centra en la aplicación de la Educación Física como agente promotor de la salud y se amplía a la prevención de enfermedades.
- Competencia: Se centra en el entrenamiento deportivo como base para el desarrollo del deporte de rendimiento.
- Recreación: Se centra en las actividades lúdicas y en ambientes naturales para vincular al individuo con el medio.
- Expresión corporal: Ha sido una tendencia de significativo crecimiento en los últimos años, especialmente a partir de la influencia interdisciplinaria que recibe de la danza, el yoga y la música entre otras.

Áreas de la educación física.

- Aptitud física:
 - Capacidad aeróbica.
 - Potencia anaeróbica.
 - Flexibilidad.

- Deporte colectivo:
 - Basquetbol.
 - Voleibol.
 - Fútbol.
- Deporte Individual:
 - Atletismo.
 - Natación.
 - Gimnasia.
- Recreación:
 - Juegos.
 - Expresión cultural y social.
- Vida al aire libre

2.1.3. EDUCACIÓN INCLUSIVA.

La educación inclusiva es un enfoque educativo basado en la valoración de la diversidad como elemento enriquecedor del proceso de enseñanza aprendizaje y en consecuencia favorecedor del desarrollo humano. El concepto de educación inclusiva es más amplio que el de integración y parte de un supuesto destino, porque está relacionado con la naturaleza misma de la educación regular y de la escuela común. La educación inclusiva implica que todos los niños y niñas de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales, incluidos aquellos que presentan una discapacidad. Se trata de una escuela que no pone requisitos de entrada ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo, para hacer realmente efectivos los derechos a la educación, a la igualdad de oportunidades y a la participación. En la escuela inclusiva todos los alumnos se benefician de una enseñanza adaptada a sus necesidades y no sólo los que presentan necesidades educativas especiales.

En 1994, en la Declaración de Salamanca de UNESCO se estipuló el reto de proveer educación pública a 'todo niño, sin importar físico, intelecto, emocional, social, lingüística, u otras condiciones'. No solamente se hizo él, sino también se instó a que este servicio debía ser proporcionado en 'escuelas convencionales'. Los Artículos 2 y 18 de la Declaración, aprobados por 300 participantes que represento 92 países y 25 organizaciones internacionales, son especialmente notables: Las escuelas convencionales con esta orientación inclusiva son los medios más efectivos para combatir actitudes discriminatorias, creando comunidades acogedoras, construyendo una sociedad inclusiva y consiguiendo la educación para todos (Artículo 2, UNESCO, 1994). Las políticas educativas a todo

nivel (...) deben establecer que los niños con discapacidad deben asistir a su escuela local, o sea, la escuela a que le asistiría si el niño no tuviese discapacidad (Artículo 18, UNESCO, 1994).¹

La educación segregada tiende a perpetuar una forma de pensar que aísla a las personas a través de sus vidas. La baja tasa de participación de personas con discapacidad en la fuerza laboral puede estar ligada directamente a su exclusión del sistema educativo. Los niños que han sido segregados en la escuela tienden a ser apartados como adultos en áreas de trabajo, programas recreativos, e instituciones (inclusive hospitales psiquiátricos). Podría decirse que la marginalización sistemática de personas con discapacidad la sociedad dominante debilita el tejido social daña la diversidad de la sociedad civil. La resultante pobreza, dependencia, y desesperación representan un derroche significativo del potencial humano (CACL 1997). Dichas soluciones son contradictorias al espíritu de declaraciones internacionales sobre derechos humanos, económicos y culturales, que se basan en nociones de completa igualdad, inclusión, y respeto. Hoy en día, el concepto de acceso educativo ha evolucionado de un simple privilegio a un derecho para todos.

2.1.4. LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA

La educación integradora se apoya en unos los pilares básicos donde sobresale la actuación multiprofesional bien organizada. Este tipo de actuación implica la oferta de una serie de servicios y posibilita gran variedad de alternativas de aprendizaje para los niños con discapacidad.

Por otro lado, AGUADO y ALCEDO² apuntan que el desarrollo tecnológico viene aportando grandes posibilidades para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Las nuevas tecnologías tratan de facilitar la educación y comunicación y eliminar las barreras arquitectónicas y urbanísticas existentes. Su principal finalidad es la de potenciar el rendimiento y la autonomía de estos niños a través de la corrección o aminoración de sus limitaciones: adaptación funcional de útiles y materiales escolares, la comunicación asistida por ordenador, los medios de transporte adaptados, sillas de ruedas especiales que permiten trabajar en distintas posiciones, prótesis...

¹ http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/educacion/SALAMA_S.pdf

² AGUADO DÍAZ, A. L. y ALCEDO RODRÍGUEZ, M. A. III Congreso "La Atención a la diversidad en el Sistema Educativo". Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

También es cierto que pese a los adelantos aún es mucho el camino que queda por recorrer: ausencia de evaluaciones previas, falta de información a los padres y profesores acerca de sus características y necesidades, falta de personal técnico adecuadamente preparado, barreras arquitectónicas...

Estos mismos autores afirman que una de las grandes dificultades que impiden una plena integración y normalización de la vida escolar de un discapacitado físico viene determinado por la *accesibilidad*. Las barreras arquitectónicas, tanto urbanísticas como de edificación y de transporte, impiden el libre acceso al centro escolar de nuestros alumnos con discapacidad física.

Una de las primeras barreras con las que se encuentran es la dificultad para acceder al propio centro, bien por la ausencia de transporte adaptado, por la presencia de rampas insalvables o por el diseño inadecuado de las puertas de entrada al edificio.

Una vez que el niño ha podido acceder al centro escolar otro de los problemas estriba en cómo poder desplazarse libremente a través de las distintas estancias y poder acceder a los sitios de ocio y recreo. Es decir, la accesibilidad dentro del centro. Por desgracia no siempre disponen de ascensores, elevadores, espacios que permitan una amplitud de maniobra, pisos antideslizantes...

Por último AGUADO y ALCEDO apuntan otra cuestión muy esencial, la accesibilidad en el aula. La adaptación del mobiliario escolar y la utilización de dispositivos y ayudas técnicas que faciliten el aprendizaje y desarrollo de las tareas escolares son requisitos necesarios y, en muchos casos imprescindibles, para el logro de los objetivos académicos.

La adaptación curricular individual se presenta como una estrategia educativa básica que posibilita una mayor y mejor integración de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Supone la modificación y ajuste de elementos didácticos y organizativos para dar respuesta educativa a la diversidad e individualizar la enseñanza. Esta respuesta educativa también implica la modificación de actitudes y formas de entender el proceso de integración.

Hemos de tener en cuenta que la mayoría de los niños con discapacidad física presentan un adecuado desarrollo de su capacidad intelectual y no requieren un tratamiento pedagógico específico. Las estrategias educativas según Aguado y Alcedo deberían dirigirse a:

- Favorecer una adecuada y variada estimulación sensorial.
- Flexibilizar el ritmo de trabajo en función de las limitaciones derivadas de su discapacidad física.

- Evitar que el niño trabaje bajo los efectos de la tensión o agarrotamiento musculares.
- Interrumpir la tarea nada más observar que el chico pierde el control sobre los movimientos requeridos.
- Fomentar el uso de ayudas técnicas que faciliten el aprendizaje de las tareas escolares.

También debemos ser conscientes que existe otro grupo de niños con discapacidad física que también presentan afectación en su capacidad intelectual. En estos casos es necesario realizar adaptaciones curriculares muy específicas y complejas, totalmente adaptadas a las necesidades individuales de cada alumno.

2.1.5. LA INTEGRACIÓN EN EL AULA DE EDUCACIÓN FÍSICA.

Las relaciones interpersonales constituyen un tema básico en la integración educativa de los niños con discapacidad física. En ocasiones nos encontramos con que estos niños carecen de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales con sus compañeros. Por tanto es preciso poner en práctica una serie de estrategias que permitan potenciar unas relaciones interpersonales satisfactorias entre niños con y sin discapacidad y que a su vez prevengan de problemas posteriores relacionados con esa falta de habilidades.

AGUADO y ALCEDO apuntan estas sugerencias:

- Fomento de interacciones que impliquen cooperación y reciprocidad.
- Desarrollo de actividades que sean gratificantes para ambos, tanto niños con discapacidad como los no discapacitados y que persigan metas y objetivos comunes.
- Experiencias extraescolares, como salidas, excursiones, juegos, etc., con compañeros de clase. Al realizarse estas actividades fuera del horario escolar se potencia un contacto más intenso y persistente.
- Elegir zonas de juego, ocio y diversión que sean totalmente accesibles. Cualquier barrera arquitectónica, por mínima que sea, restringe y limita las oportunidades para interactuar y relacionarse.
- Entrenamiento a través de iguales para mejorar la competencia social del niño con discapacidad física.
- Enseñar a los compañeros modos de facilitar la interacción social con el niño con discapacidad física.
- Proporcionar información sobre aspectos relacionados con la discapacidad enfatizando las semejanzas y cosas en común que presentan los niños con y sin discapacidad.

Si le proporcionamos y facilitamos a la persona con discapacidad todos estos medios van a surgir unas interacciones más gratificantes dentro de ese entorno escolar. El contacto social no estará tan limitado, se incrementará la confianza recíproca y se obtendrá mayor apoyo emocional. De esta forma favorecemos su integración total, no sólo educativa, sino también social.

Siguiendo a TRIGUEROS CERVANTES, C. (1.993), de manera general podemos realizar las siguientes recomendaciones para la práctica de actividad física con alumnos deficientes motrices:

- En afecciones graves, no son recomendables actividades masivas y de gran excitación.
- Es recomendable prestar especial atención a los movimientos lentos y repetitivos.
- Variar frecuentemente las actividades, ya que mantienen durante poco tiempo la atención en la misma actividad.
- Utilización de aparatos auxiliares para facilitar la práctica de la actividad física. (material adaptado, silla de ruedas, bastones, etc.).
- Primar los movimientos gruesos frente a la motricidad fina, ya que estos favorecen la exploración.
- Dar importancia a la relajación.
- Simplificar las tareas para que el individuo pueda realizarlas con éxito.
- Planificar actividades donde puedan participar conjuntamente con alumnos "normales".
- Utilizar frases cortas y sencillas para comunicarnos.

Estas recomendaciones se pueden completar con otras que aporta HERNÁNDEZ RIOS (2005):

- Delimitar el espacio para compensar las dificultades de movimiento. Además éste debe ser liso y llano para favorecer los desplazamientos.
- En ocasiones es necesario la presencia del profesor/a de apoyo o de un alumno colaborador/a para facilitar la participación activa en las sesiones.
- Evitar riesgos de choques, fricciones, presiones o golpes en las partes corporales afectadas.

En general hay que priorizar el conocimiento y aceptación del propio cuerpo y de sus posibilidades de movimiento, incidiendo especialmente en mejorar la función respiratoria, el ajuste postural, el equilibrio, el control tónico y la relajación, potenciando la relación con el entorno (organización espacial y temporal).

De igual modo, se ha de llevar a cabo una actividad física preventiva, con el objeto de favorecer el control del peso corporal y el desarrollo de determinados grupos musculares que proporcionen una mejor calidad de vida. En este sentido el trabajo

de las cualidades físicas básicas y las habilidades motrices básicas son esenciales para dotarles de una mayor autonomía.

En alumnos con parálisis cerebral hay que tener presente si tiene o no inteligencia conservada y si lleva asociados problemas lingüísticos graves, perceptivos o de autonomía en la marcha. El tratamiento educativo debe ser global, tratando tanto el problema específico motriz como los déficits asociados. Debe comprender desde la estimulación psicomotriz hasta la orientación e integración laboral, siendo responsabilidad de un equipo de profesionales: fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, pedagogos...

En el caso que el Paralítico Cerebral no pueda comunicarse oralmente, tendremos en cuenta estas normas:

- Establecer un código de comunicación; pactando respuestas "SI" y "NO".
- Ampliar el campo de visión, procurando que vean a las personas que hablan.
- Esperar a que terminen la tarea que están realizando.
- No pedir cosas que no pueden realizar.
- Favorecer la integración mediante juegos cooperativos.

En alumnos con parálisis cerebral hay que evitar ruidos inesperados, puesto que pueden provocar espasmos musculares, así como situaciones que puedan dar lugar a ansiedad o excitación. Debemos insistir en la relajación, la expresión y en el desarrollo muscular voluntario, perseverando en las actividades de coordinación y en la de flexibilidad articular.

En alumnos con amputaciones, dependiendo de la longitud y de la ubicación de las mismas, podrá verse afectado el centro de gravedad, especialmente si implica a miembros inferiores. Por tanto deberá potenciarse el equilibrio y el ajuste postural.

Por otro lado, dado el avance en el diseño de prótesis, su participación en las sesiones de Educación Física puede llegar a ser plena.

En alumnos con distrofias musculares deberemos tener en cuenta las siguientes orientaciones didácticas:

- Mantener, retardar o mejorar la pérdida de fuerza muscular e incrementar la resistencia.
- Proponer actividades de flexibilidad y movilidad articular con el objeto de prevenir contracturas y deformaciones. En ningún caso deben sobrecargarse las articulaciones afectadas.
- Prolongar la deambulación cuanto sea posible.
- Priorizar la mejora de la función respiratoria, aumentando la capacidad pulmonar y disminuyendo la secreción pulmonar.

- Proponer ejercicios posturales con el objetivo de reducir las alteraciones de la columna vertebral características de estas alteraciones.
- Evitar el cansancio, especialmente en la distrofia muscular de Duchenne.

En alumnos con artritis crónica juvenil evitaremos las sobrecargas sobre las articulaciones afectadas, se propondrá actividades de flexibilidad, movilidad articular y variedad de movimientos, siempre sin forzar, para evitar contracturas. Con el fin de reducir la atrofia muscular es necesario realizar ejercicios de fuerza y resistencia muscular. Igualmente se aconsejan las actividades isométricas para desarrollar los músculos de las manos.

Los alumnos con espina bífida pueden presentar serias, escasas, o incluso nulas dificultades de aprendizaje. Esto dependerá de los parámetros orgánicos y psicológicos afectados.

Cuando conservan sus funciones intelectuales normales, su educación tiene que ser normal. En los casos en los que tengan afectados los miembros inferiores necesitan la supresión de barreras arquitectónicas y de adaptación de los baños, a veces es necesario contar con un personal auxiliar en sus visitas a los baños. Cuando además de los trastornos anteriores se da déficit intelectual y problemas relacionales, necesitan la ayuda de todos: padres/madres, profesores, compañeros y de la sociedad en general.

Es muy importante que los profesores sepan integrarlos entre sus compañeros, ayudándole para que adquieran habilidades sociales y desdramatice el hecho de llevar pañal, por ejemplo, que eso no sea objeto de burlas o vejaciones. Es fundamental que el niño desee ir al colegio y se sienta seguro y a gusto. En general se siguen las mismas recomendaciones que en el caso de la parálisis cerebral.

En general hay que enfatizar en la flexibilidad para prevenir y reducir contracturas en las articulaciones y priorizar el ajuste postural. Si necesita uso de silla de ruedas se debe mejorar la fuerza de brazos y del tronco no afectada, controlar el peso corporal debido al necesario sedentarismo, prestar atención a la resistencia cardiorespiratoria que es menor y a la termorregulación cutánea (ante el ejercicio intenso o ambientes muy cálidos precisará mayor hidratación, así como en los habientes fríos mayor abrigo).

CUMELLAS RIERA (2000) propone las siguientes actuaciones específicas en las clases de Educación Física con alumnos con silla de ruedas.

- *Sensibilización*
 - Será importante que en las primeras clases se realicen juegos y actividades que permitan que el resto del grupo compruebe y valore las posibilidades limitaciones de los alumnos con discapacidad.
 - Organizaremos actividades donde el alumno con limitaciones sea el principal protagonista como por ejemplo lanzamientos, carreras, pasar entre unos conos y subir rampas con sillas de ruedas.
- *Comunicación*
 - Hablar a su altura. No hablar con otra persona fuera de su campo visual. Se sentirá ignorado.
- *Desplazamientos y movilidad*
 - Procurar ir siempre a su ritmo.
 - Antes de ayudarlo a levantarse o sentarse, asegurarse que los frenos de la silla están sujetos.
 - Ayudar en las funciones que no pueda realizar como cambios posturales o al iniciar una actividad nueva.
 - Si el alumno es suficientemente autónomo, le ayudaremos sólo cuando nos lo pida y cómo nos lo pida.
- *Actividades y juegos*
 - Conviene que cuando realicemos las actividades, el escolar lleve puesto un cinturón de seguridad.
 - Mucha atención que el chándal, camisetas, cojín... estén bien sujetos y no se enganchen en las ruedas.
 - Cuando nos desplazemos con él/ella, no empujar la silla de ruedas muy rápido ni realizar giros bruscos sin avisar antes al alumno.
 - En los lanzamientos utilizará su silla y si es diestro con la mano izquierda se sujetará a un palo sujeto al suelo para poder impulsarse al lanzar. Estará bien atado con un cinturón. Lanzará objetos diversos y de poco peso.
 - En las carreras iniciará el desplazamiento con tres impulsos, se realizaran muchos ejercicios de velocidad de reacción y será importante desarrollar su flexibilidad y fuerza para que mejoren sus habilidades.

2.1.6. DEPORTE Y DISCAPACIDAD

La actividad física de las personas con discapacidad en Colombia, puede pensarse a partir de 1926 con la aparición de los colegios de niños ciegos en Bogotá, Fundación Juan Antonio Pardo Ospina y la Escuela Taller de Ciegos y Sordos CIESOR de Medellín, desde donde se impulsó la ejecución de planes recreativos.

Hacia el año de 1968, la fisioterapeuta Valerie May Townsend, presenta en el I Congreso Nacional de Fisioterapia, una ponencia sobre deporte para personas con limitaciones, y los fisioterapeutas Sergio Velásquez y Jairo Echeverri, residentes en Medellín, hacen lo mismo con las experiencias logradas en un grupo de personas con limitaciones de esa ciudad. En 1972, el profesor Sir Ludwig Guttmann participa en el II Congreso Nacional de Fisioterapia e invita a Colombia a participar en los Juegos Mundiales de Stoke Mandeville.

En Colombia, la población con discapacidad buscó durante varias décadas, la consolidación de una estructura deportiva que, armonizada con los parámetros internacionales, pudiera permitir la participación en todos los eventos de las federaciones internacionales y el Comité Paralímpico Internacional, sin cortapisas.

La estructura jurídica promovida por el estado colombiano a través del Instituto Colombiano del Deporte, COLDEPORTES, entidad gestora de la Ley 181 de 1995 ó Ley General del Deporte, creó un ente de carácter nacional denominado Federación Paraolímpica Colombiana (Art. 13, Decreto Ley 1228 de 1995), inconsulta con el sector asociado y organizado del deporte para personas con discapacidad e incoherente con la estructura internacional del deporte paralímpico y, por ende, absolutamente ineficiente con relación a las necesidades de los deportistas con discapacidad en Colombia.

Esta figura desconocía totalmente el proceso histórico consolidado después de tantos años y esfuerzos de la comunidad internacional, de un grupo de personas con discapacidad y de miembros de organismos deportivos nacionales especializados. Pretendía reunir a todos los deportistas colombianos con discapacidad, bajo la estructura de una persona jurídica, eliminaba las federaciones de deportes en silla de ruedas, deportes para sordos y ciegos, razonablemente coherentes con el sistema internacional y de acuerdo con las necesidades específicas de cada discapacidad. Así mismo descartaba la posibilidad futura de una organización propia de la población con discapacidad intelectual y parálisis cerebral.

El naciente movimiento asociativo invocó el derecho a la igualdad, basado en el hecho de que se trataba de un movimiento diferente, que requería adecuarse al desarrollo mundial en la materia, es decir, la conformación del Comité Paralímpico

Nacional, adscrito a la misma entidad de carácter internacional, Comité Paralímpico Internacional -IPC y a las federaciones deportivas internacionales por cada discapacidad, exigencia requerida para hacer parte del deporte paralímpico. Como producto de la transición de la representación de FEDESIR a la Federación Paraolímpica Colombiana, se actuó de manera oficial y extraoficial en eventos del calendario internacional. De manera conjunta, en 1999, FEDESIR y la Asociación de Clubes Deportivos de Limitados Visuales de Colombia, participaron en los Primeros Juegos Parapanamericanos en México, evento oficial del Comité Paralímpico Americano, organismo constituido en agosto de 1997 en la ciudad de Atlanta (USA), donde Colombia estuvo presente por medio de dos (2) delegados.³

El trabajo conjunto y arduo de algunos líderes de la sociedad civil de la discapacidad, en coordinación con representantes del Congreso de la República logró, en el año 2000, la expedición de la Ley 582 que define el Sistema del Deporte Asociado de Personas con limitación física, mental y sensorial; crea el Comité Paralímpico Colombiano -CPC- como un organismo de jurisdicción y representación nacional e internacional, conformado por federaciones deportivas nacionales por discapacidad; crea los Juegos Deportivos Paralímpicos Nacionales que se celebrarán cada cuatro años en la misma época y sede de los Juegos Deportivos Nacionales; promueve el desarrollo de programas y actividades de naturaleza deportiva con fines competitivos, recreativos y terapéuticos; y le fija un asiento en el Consejo Directivo de COLDEPORTES al Presidente del Comité Paralímpico Colombiano. Igualmente deroga el artículo 13 de la Ley 181 de 1995 que había creado la Federación Paraolímpica.

La constitución del Comité Paralímpico Colombiano, con base en la norma referida, se dio el 3 de Febrero de 2001 (Salón de la Constitución de Coldeportes), mediante asamblea ordinaria de FEDELIV y FEDESIR. Posteriormente se unió FECOLDES. Sin embargo, desde la creación de la ley se dejó abierta la posibilidad para la participación de los representantes de las Fuerzas Armadas y la organización de la discapacidad mental y parálisis cerebral. Así, el Comité Paralímpico Colombiano, según la ley, se constituye como una entidad de derecho privado que debe cumplir funciones de interés público y social, encargado de organizar y coordinar a nivel nacional e internacional la actividad deportiva, recreacional y de aprovechamiento del tiempo libre para dicho sector de personas, con la estructura del deporte asociado y funciones concordantes con las del Sistema Paralímpico Internacional.

La organización del Primer Comité Ejecutivo del CPC recibió el proceso gestado por la Federación Paraolímpica que inició su proceso de liquidación. El nuevo Comité Paralímpico Colombiano fue el encargado de avalar, coordinar y organizar la participación de los deportistas en los Mundiales de Atletismo en Francia en

³ <http://comiteparalimpicocolombiano.org>. Generado: 31 Agosto, 2009.

2002; los II Juegos Parapanamericanos en Mar de Plata, Argentina, en 2003 y los XII Juegos Paralímpicos en Atenas en 2004.⁴

2.1.7. CLASIFICACIÓN DEL DEPORTE ADAPTADO

2.1.7.1. Deporte Adaptado Escolar:

Se realiza en las escuelas especiales y en las comunes, donde los alumnos con necesidades educativas especiales se encuentran integrados a sus compañeros convencionales.

Desarrolla las habilidades motoras y las cualidades coordinativas, los medios para poder desarrollarlas son: psicomotricidad, recreación, gimnasia, juegos predeportivos e inicio al deporte.

Es fundamental que el deporte adaptado escolar se incluya en el currículo de estudios a nivel escolarizado y no escolarizado a fin de que los niños y adolescentes con una discapacidad genética o hereditaria, o adquirida en sus primeros años no sean marginados y tengan las primeras experiencias motrices de su vida.

2.1.7.2. Deporte Adaptado Recreativo:

El deporte para personas con discapacidad nació como recreativo para luego transformarse en terapéutico. Los ámbitos en que se dan son: entes estatales, plazas, escuelas, hospitales y clínicas e instituciones.

Tiene como objetivo el buen uso del ocio y el tiempo libre.

Es de gran importancia que las personas con alguna disminución que se sienten marginadas y postergadas, atrás de la recreación rompan con una rutina de la rehabilitación diaria y se integren a la sociedad de una forma muy diferente.

2.1.7.3. Deporte Adaptado Terapéutico:

Al ser la rehabilitación el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y sociales que sirven para el mejor desarrollo de las capacidades de la persona con necesidades especiales, el deporte adaptado terapéutico es parte fundamental del proceso de rehabilitación.

⁴ Fuente: <http://www.comiteparalimpicocolombiano.org>

Antes de que una persona con discapacidad comience a practicar un deporte deberá haber completado su tratamiento reeducativo y de ejercicios individuales. Deberá estar sin dolores, y sin zonas inflamadas. El deporte terapéutico comenzara lo más temprano posible pero nunca a expensas del tratamiento físico individual.

2.1.7.4. Deporte Adaptado Competitivo:

Características:

- Un reglamento de juego.
- Un sistema de clasificación.
- Un sistema de competición (local, nacional e internacional).
- Entes nacionales e internacionales que lo avalen.

Es fundamental la organización del deporte adaptado para personas con discapacidad, desde la formación de clubes, federaciones nacionales de deporte adaptado para personas con discapacidad.

2.1.8. DISCAPACIDAD

Se refiere a una función reducida o a la pérdida de una parte u órgano del cuerpo que limita la habilidad de una persona para ejecutar algunas funciones como ver, oír, caminar u otro, según la edad, el sexo y los factores socioculturales. En muchas ocasiones el fenómeno de la discapacidad en la interacción de la persona y la sociedad, hace que se generalicen los factores de interacción, por la forma de organización, los recursos y servicios públicos, la ignorancia de la realidad de la personas y la tendencia a estandarizar en la elección de actividades pensadas en función de un promedio y no respecto a las individualidades.

Según la OMS “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es 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 un ser humano”.⁵

La evolución del concepto de discapacidad que pasa en los últimos años de un enfoque biomédico a un enfoque ecológico, de integración social, el cual considera los aspectos individuales, que interrelaciona el entorno y el sujeto, cuya principal característica es la evaluación de necesidades y la implementación de recursos para satisfacer los requerimientos existentes, desde el individuo. La persona con limitaciones en relación con un contexto social, cultural y físico. Las condiciones de interacción entre el individuo y el contexto así definido, son las que determinan

⁵ Fuente: <http://www.who.int/classificationshttp://discapacidadcolombia.com/index.php/icf/wha-sp.pdf>

la magnitud de la discapacidad entre este y su familia. Desde el componente de salud, la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento y estructura de la discapacidad), tiene especificado dos componentes para comprender mejor el concepto de discapacidad, los cuales son:

a. funcionamiento y discapacidad:

- Constituido primero por las funciones y estructuras corporales, donde se tiene en cuenta los sistemas orgánicos, las deficiencias que se presentan y limitan sus funciones, pero no se indica el estado de salud de la persona como impedimento para su normal funcionamiento.
- Segundo son las actividades y participación, que hacen referencia a la forma como las personas en situación de discapacidad tienen posibilidad de acceder a recursos tecnológicos, económicos, académicos y medirse por su desempeño, realización esperada, depende de las oportunidades brindadas, eliminándose la limitación de funcionamiento.

b. Factores contextuales: constituido de igual forma.

- Primero por los factores ambientales como el entorno físico social, físico y actitudinal en el que se desenvuelven, de forma positiva o negativa, a nivel individual o social.
- Segundo por los factores personales que son determinados por la vida de la persona y de su estilo para vivirla, pueden incluir sexo, etnia, edad, otros estados de salud, hábitos, estilos para solucionar problemas, etc. Ambos pueden tener efectos en los estados de salud de la persona, donde puede resultar responsable la misma persona, o quien tenga la custodia. La discapacidad la definen entonces como el resultado de la relación entre la condición de salud, los factores personales y externos que subyacen a su alrededor.

Cuando se trabaja la discapacidad, sobre la reducción de obstáculos que hacen inaccesibles los programas de actividades físicas adaptadas, como por ejemplo, en el sector del ocio y el tiempo libre, los deportes, debe hacerse coordinado y complementado esfuerzos entre la familia, el Estado y el contexto escolar y social para eliminar las barreras tanto arquitectónica como actitudinales, los modos de comunicación, y el acceso con participación activa.

La sociedad en general está siendo cada vez más consciente de que las personas con discapacidad se constituyen en una parte de la población de la que tenemos la responsabilidad de ocuparnos y a la que se le deben brindar los mecanismos para suplir sus necesidades. Al hablar actualmente de discapacidad, hacemos

referencia a los roles sociales como el trabajar, participar en las actividades de la comunidad, practicar un arte, oficio u actividad recreativa, hasta llegar a contribuir en el sustento de la familia.

2.1.9. TIPOS DE DISCAPACIDAD

2.1.9.1. DISCAPACIDAD FÍSICA

“Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas”. Una de las enfermedades que genera discapacidades físicas es la Espina Bífida, que es una “malformación congénita que origina diversas alteraciones en el organismo, puede estar localizada en cualquier zona de la columna vertebral siempre dependiendo del grado de gravedad.”

❖ Distrofia Muscular

Como distrofia muscular se conoce a un grupo de enfermedades, todas hereditarias, caracterizadas por una debilidad progresiva y un deterioro de los músculos esqueléticos, o voluntarios, que controlan el movimiento. Dependiendo de la enfermedad, puede afectar a diferentes edades, severidad de los síntomas diferente, músculos afectados y rapidez de progresión.

Toda forma de distrofia muscular es causada por un defecto en un gen. Se sabía que todas las formas de distrofia muscular son causadas por defectos genéticos, pero se desconocía la identidad de los genes implicados y las proteínas que estos producen. Un equipo de científicos descubrió el gen defectuoso que provoca las distrofias musculares de Duchenne y de Becker y también la proteína que está implicada, la distrofina. Se sigue estudiando en la búsqueda de la causa de todos los tipos de distrofia muscular.

Su presencia es mundial, y no hay país donde no haya individuos afectados por algún tipo de distrofia muscular. Se considera que la distrofia muscular en general tiene una incidencia cercana a 1 entre cada 2000 nacimientos; mientras que de forma individual la incidencia de los dos tipos de distrofia muscular más comunes, la DM Miotónica (la forma adulta más común) y la DM tipo Duchenne (la forma infantil más común y severa), es de 1 entre cada 10.000 personas nacidas (de ambos sexos) en la primera, y de 1 entre cada 3.500 varones nacidos en la segunda.⁶

⁶ Fuente: <http://salud.discapnet.es>

❖ **Distrofia Muscular Miotónica**

El Síndrome de Steinert (Distrofia Muscular Miotónica DMM) se trata de de una enfermedad hereditaria muscular de evolución lenta y progresiva, que suele manifestarse en la edad adulta. Se caracteriza por:

- Miotonía o dificultad para la relajación muscular. Hay una contracción mantenida del músculo.
- Atrofia muscular lenta pero progresiva.
- Manifestaciones sistémicas.
- Cuanto antes se presenta la enfermedad, mayor es su grado de severidad.

Hay una forma de comienzo precoz que se conoce como Distrofia Miotónica Congénita, que se da en bebés que nacen de padres que tienen la forma adulta y no se ha manifestado todavía o la ha hecho de manera muy liviana. La forma congénita es la forma más grave de Distrofia Muscular Miotónica.

Normalmente, la madre tiene la enfermedad, aunque sus síntomas sean tan leves que no lo haya detectado.

Causas: Es una enfermedad sistémica que se hereda con carácter autosómico dominante a través de la madre, lo que significa que sólo se necesita un gen defectuoso para causar los síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, si uno de los padres tiene la enfermedad, cada hijo de esa persona tendrá un 50 por ciento de probabilidades de heredar el gen que ocasiona la DMM.

❖ **Distrofia Muscular de Duchenne**

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es una forma de distrofia muscular rápidamente progresiva y es la forma más frecuente. Es un trastorno hereditario caracterizado por debilidad muscular rápidamente progresiva de las piernas y la pelvis, que afecta posteriormente a todo el cuerpo. A pesar de ser hereditaria es muy frecuente no encontrar ningún antecedente familiar.

La distrofia muscular de Duchenne es heredada en un modelo de gen recesivo ligado al cromosoma X. Los niños con un gen anormal muestran síntomas, mientras que las mujeres con un gen anormal son portadoras (esto es, generalmente no muestran síntomas). Sin embargo, los hijos de las mujeres portadoras tienen cada uno un 50% de probabilidades de tener la enfermedad y las hijas tienen cada una un 50% de probabilidades de ser portadoras.

❖ **Acondroplasia**

Se considera que los primeros hallazgos que indican la existencia de personas con Acondroplasia se remontan al Período Neolítico, contándose con numerosas referencias documentales a lo largo de toda la historia. Fue SÖMMERING, en 1871, el primer autor que efectuó una descripción clínica de lo que originalmente denominó "Raquitismo fetal". En 1853, WIRCHOWS realizó el primer estudio histopatológico, modificando el término por el de "Raquitismo Congénito". En este período se modificaron considerablemente los

términos, "Chondritis Foetalis", "Miomelia Condromalácica", "Displasia cretinoide", hasta que en 1878, PARROT creó el concepto de trastorno cartilaginoso y le asignó el nombre de ACONDROPLASIA (A.C.H.). Fue el definitivo, aunque a lo largo de los años se sucedieron estudios y clasificaciones diversas. Dicho término está formado por tres vocablos griegos: A - Significa "sin" cuando se escribe delante de otra palabra. CHONDRO - Que significa cartílago, sustancia suave, gomosa, que primero forma hueso y luego se torna dura. PLASIA - Significa desarrollo o crecimiento. En síntesis, y para el estudio, el vocablo ACONDROPLASIA significa "sin normal crecimiento del cartílago". En la Acondroplasia el cartílago no se convierte en hueso, de la forma normal, y ello afecta principalmente a los llamados huesos largos y a aquellas partes del hueso que tienen cartílago. Se trata de una displasia ósea de las más frecuentes, de carácter genético con transmisión autosómica dominante 12, 13, 14, aunque el 85 - 90% de los casos corresponde a una mutación, por un "cambio químico espontáneo" (se considera que 9 de cada 10 acondroplásicos tienen padres no afectados). La prevalencia estimada oscila entre 1 de cada 20.500 nacimientos hasta 1 de cada 22.500, nacidos vivos, afectando a niños y niñas por igual. Las características clínicas más notables de la ACH suelen ser: Talla baja, no superior a 1'30 en niños y 1'25 en niñas. Cráneo voluminoso, con frente prominente, raíz nasal ancha y deprimida en silla de montar. Tronco relativamente normal, abdomen abombado, extremidades en longitud inferior a lo normal, a expensas de la porción proximal, manos anchas y cortas con isodactilia y con los dedos de los pies con similares características, limitaciones articulares, extensión de codos, problemas de columna, cifosis, lordosis. Sin alteraciones viscerales, cociente intelectual normal y con pocos, y a veces sin, trastornos en las terminaciones auditivas y visuales. Sin trastornos en las determinaciones analíticas-bioquímicas. Hasta el momento no se conoce ningún tratamiento causal. Se ha podido aislar el gen que determina la manifestación fenotípica y actualmente se investiga el mecanismo de expresión y los ciclos intermediarios y reguladores. Las terapias Naturales y Biológicas aportan una visión integral de tratamiento, donde cada paso de la estrategia terapéutica se integra en un concepto sinérgico global e individualizado.⁷

❖ **Enfermedad de Fahr**

La enfermedad de Fahr es una enfermedad neurológica rara, caracterizada por calcificaciones bilaterales y simétricas, limitadas a los núcleos grises centrales o extendidas a otras áreas cerebrales asociadas a trastornos neurológicos. Fue descrita por primera vez, en 1930, por Karl Theodor Fahr (1877-1945), Patólogo alemán. Afecta por igual a ambos sexos, y es más frecuente por encima de los 50 años. Suele presentarse con una sintomatología extrapiramidal (alteración del tono muscular y de la regulación de los movimientos voluntarios y automáticos) que recuerda a la enfermedad de

⁷ FUNDACION ALPE ACONDROPLASIA. <http://www.netcom.es/acondro>

Parkinson. Los síntomas fundamentales se desarrollan cuando estos depósitos acumulados afectan a los núcleos del cerebro y producen un deterioro progresivo de las funciones mentales, una pérdida de la capacidad motora, parálisis espástica (con aumento anormal del tono muscular) y atetosis (trastorno neuromuscular caracterizado por movimientos de torsión lentos e involuntarios de las extremidades), retraso mental y atrofia (falta de desarrollo) del nervio óptico. El diagnóstico de sospecha es clínico y el de confirmación se realiza mediante estudios por imagen siendo el escáner el medio más fiable para su detección, y la Resonancia Nuclear Magnética la mejor prueba para realizar el diagnóstico diferencial. La enfermedad de Fahr carece de buen pronóstico debido al deterioro neurológico progresivo que acaba desembocando en deterioro general y discapacidad progresiva. No existe un tratamiento curativo específico de la enfermedad. Extraído de: Página web del Centro de Investigación sobre Síndrome del Acido Tóxico y Enfermedades Raras.

❖ **Paraplejia**

Parálisis de la mitad inferior del cuerpo, que supone la pérdida parcial o total de la función de ambas piernas.

❖ **Tetraplejia**

Parálisis del cuerpo que supone la pérdida parcial o total de la función de los dos brazos y de las dos piernas.

❖ **Hemiplejia**

Parálisis total o parcial de un lado del cuerpo, causada por lesiones cerebrales derivadas de enfermedad, trauma o golpe.⁸

❖ **Síndrome de Gilles de Tourette**

Es una enfermedad neurológica caracterizada por espasmos musculares involuntarios llamados tics motores y por la emisión de sonidos incontrolables y palabras inapropiadas que se llaman tics verbales. Comienzan entre los 2 y los 15 años y tienen un carácter crónico, es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres. No se conoce la causa, sin embargo se presume que es una anomalía química en los neurotransmisores a través de los cuales el cerebro regula el movimiento y la conducta. No es un trastorno degenerativo y el tratamiento se realiza a través de determinados fármacos.

⁸ Fuente: Discapacidad y Medios de Información, Pautas de Estilo, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1990.

❖ **Enfermedad de Strumpell**

Enfermedad degenerativa hereditaria de transmisión autonómica dominante que se caracteriza por el desarrollo en los primeros años de la vida de espasticidad y debilidad de las extremidades inferiores, que evoluciona progresivamente hacia una paraplejía espástica.

❖ **Poliomielitis**

La poliomyelitis es una enfermedad infecciosa producida por un virus que tiene una especial afinidad por las astas anteriores de la médula espinal y produce una parálisis puramente motora, sin trastornos de las sensaciones y de las funciones vegetativas. Antes de la introducción de la vacuna oral las grandes epidemias de poliomyelitis se producían en los países desarrollados. Hoy la mayor incidencia de la poliomyelitis se da en los países en desarrollo.

❖ **Mielitis Transversa**

Inflamación de la médula espinal. Suele llevar aparejada la pérdida de función, similar a la que ocurren la rotura por traumatismos; es decir paraplejía o tetraplejía, si la lesión es alta.

❖ **Osteogénesis Imperfecta (Huesos del Cristal)**

La osteogénesis imperfecta es una enfermedad congénita que se caracteriza porque los huesos de las personas que la sufren se rompen fácilmente, con frecuencia tras un traumatismo mínimo e incluso sin causa aparente. Se debe a la insuficiencia y/o defectuosa formación del colágeno del cuerpo, como consecuencia de un fallo genético. Actualmente no existe ninguna forma de inducir a las células del cuerpo a producir más colágeno o colágeno de calidad. Tiene un pronóstico muy variable, dependiendo del grado en que cada individuo esté afectado. La enfermedad en sí no es letal, sin embargo, las personas afectadas por las formas más severas pueden tener graves problemas colaterales. A pesar de la deformación ósea y la frecuencia de fracturas, la longevidad de una persona afectada por OI es igual a la de cualquier otra. Sus cualidades intelectuales no están mermadas de ninguna forma por la enfermedad y pueden llevar una vida normal, dentro de las limitaciones que imponga el grado de movilidad de cada uno.

❖ **Síndrome de Guillain-Barré**

Síndrome neurológico que afecta a los nervios periféricos, raíces nerviosas y meninges. Se caracteriza por causar trastornos motores graves (debilidad muscular o parálisis progresiva que comienzan en los miembros inferiores y ascienden afectando a los músculos del tronco y a las extremidades superiores), alteraciones sensitivas leves y aumento de los niveles de albúmina en el líquido cefalorraquídeo. Su duración es variable, entre semanas y meses, y la curación puede llegar a ser completa. Se desconocen las causas que lo producen. Su mayor peligro es la parálisis respiratoria y la parada cardíaca, que ocurre raramente.

❖ **Displasia**

Alteración del desarrollo de ciertos tejidos del organismo, que da lugar a malformaciones.

❖ **Corea de Huntington**

Es una enfermedad neurológica progresiva y hereditaria que afecta tanto a hombres como a mujeres. Los síntomas, que varían de unos individuos a otros, aparecen generalmente entre los 30 y los 45 años, de una manera progresiva: espasmos musculares, marcados cambios de personalidad (depresión – euforia), fallos en la memoria, alteración del lenguaje, sofocación, dificultad en la deglución, inestabilidad en la marcha, etc.

❖ **Ataxia de Friedreich**

Trastorno neurológico que afecta la coordinación de los movimientos voluntarios y dificulta las contracciones musculares reflejas necesarias para mantener la postura erguida. Es un trastorno neuromuscular de origen genético recesivo en el que se produce una lenta y progresiva pérdida de funciones de algunas partes del sistema nervioso: fibras de la médula espinal, cerebelo, tronco cerebral, nervios periféricos y sistema piramidal. Como resultado de esto, funciones como la coordinación, sensibilidad y en menor medida la fuerza (tono) entre otras, se ven afectadas, dificultando la actividad muscular tanto esquelética como lisa. La inteligencia no se ve afectada de modo alguno. Los síntomas suelen aparecer alrededor de la pubertad, aunque excepcionalmente hay formas de comienzo más temprana (18 meses) y más tardía (25 años). Su detección es difícil hasta que no aparecen los primeros síntomas, por lo tanto es necesaria, tras la sospecha médica, la realización de un conjunto de pruebas y tests neurológicos. El cuadro completo incluye incapacidad progresiva para mantener la bipedestación y el equilibrio, dificultad para la realización coordinada de movimientos, hipotonía o debilidad muscular, dificultad para hablar. Hay también alteraciones de la sensibilidad posicional y vibratoria. La columna vertebral puede estar afectada (cifoescoliosis) y el pie estar curvado (pie cavo). A veces coexiste miocardiopatía.⁹

❖ **Distonía Muscular**

Es un desorden del movimiento. El síntoma consiste en permanentes contracciones involuntarias de los músculos de una o varias partes del cuerpo. Se manifiesta en torsiones o deformaciones de una o varias partes del cuerpo, pueden presentarse también tics regulares o irregulares. Esta disfunción del sistema nervioso central, frecuentemente es incomprensible para las personas comunes, y a raíz de su complejidad es mal diagnosticada. Se habla de distonía primaria o idiopática cuando la causa es desconocida o hereditaria, no hay alteración de la conciencia, de las sensaciones, de la función intelectual o

⁹ Extraído de: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato sobre Discapacidad, España.

sexual. En tanto, se habla de distonía secundaria cuando la causa es un golpe, asfixia, u otras enfermedades del sistema nervioso central.¹⁰

❖ **Espina Bífida**

Se trata de una anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales, es decir, la columna está “abierta” en un punto específico localizado entre el cráneo, región occipital y la región sacroxígea de la columna, generalmente en la línea media posterior. Todos estos defectos del desarrollo aparecen por influencias desconocidas, durante la vida del embrión, precisamente cuando se están formando la columna, la médula y sus cubiertas (aproximadamente en la segunda o en la tercera semana de gestación). Su frecuencia es de un caso por 1.000 nacimientos, aunque esta cifra puede variar. Gracias a los avances en procedimientos e instrumentos de diagnóstico es posible diagnosticarla en el segundo trimestre del embarazo. Los principales trastornos que pueden aparecer son: dificultad o incapacidad para la marcha, deformaciones esqueléticas de columnas, articulaciones y pies, predisposición a úlceras por decúbito; problemas de control intestinal y urinario. La hidrocefalia es un trastorno asociado a la espina bífida, que se da con mucha frecuencia (se calcula un 85%). No está muy claro cuál es la causa de la espina bífida, puede ser una predisposición genética del embrión y una serie de factores externos que actúan de manera combinada. Sin embargo, es posible prevenir su aparición gracias a la toma por parte de la futura madre de ácido fólico desde la época preconcepcional, al consejo genético y al diagnóstico prenatal.

❖ **Parálisis Cerebral**

Es un trastorno de la postura y del movimiento, debido a una lesión no degenerativa del encéfalo, antes de que su crecimiento y desarrollo se completen. Al margen del trastorno motor, la parálisis cerebral suele ir acompañada por otros problemas, aunque no necesariamente causados por ella, como son: disartria, epilepsia, alteraciones auditivas y visuales, deformidades y trastornos de la conducta y, a veces, deficiencia mental. Las causas pueden ser: Prenatales: todas las causas que entorpezan la circulación planetaria, enfermedades infecciosas de la madre (rubéola), enfermedades metabólicas de la madre (diabetes) e incompatibilidades del factor RH. Perinatales: anoxia, asfixia, trauma durante el parto (fórceps), cambios de presión (cesáreas), prematuridad, deficiencia de vitamina K. Postnatales: traumatismos (fracturas y heridas craneales), infecciones (meningitis y encefalitis), trastornos vasculares (hemorragias, trombosis y embolias), anoxia, intoxicación por anhídrido carbónico. No tiene curación y el tratamiento debe ser global, teniendo en cuenta tanto el problema estrictamente motriz como sus déficit asociados y complicaciones posibles. Debe empezar en el momento del

¹⁰ Fuente: Fundación Distonía, Santiago, Chile.

nacimiento o de ocurrir la lesión, debe ser precoz e irse adaptando a cada etapa de evolución del niño hasta la madurez.¹¹

❖ **Mal de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson fue descrita por James Parkinson en 1817, aunque no se conoce su causa se sabe que se produce por una destrucción de células nerviosas ubicadas en el tronco cerebral. Estas células son las encargadas de producir una sustancia llamada dopamina, que actúa en una estructura del cerebro (núcleo estriado) que regula la actividad motora. Cuando se presenta la enfermedad, la actividad motora disminuye. Algunos síntomas de la enfermedad de Parkinson son temblor en alguna parte del cuerpo, rigidez corporal, trastorno del equilibrio, alteración del habla, de la marcha y del habla, entre otros. El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se realiza mediante un examen neurológico.¹²

❖ **Esclerosis Múltiple**

La Esclerosis Múltiple es una afección neurológica cuya causa no se conoce bien en la actualidad. Ataca la vaina de mielina que envuelve la fibra nerviosa que transmite los mensajes al cerebro y a la médula espinal. Allí donde se destruye la mielina, en diversos lugares del sistema nervioso, aparecen placas de tejidos endurecidos (esclerosis). Al principio los impulsos nerviosos se interrumpen periódicamente y posteriormente las placas pueden obstruir completamente los impulsos de ciertos nervios. Como otras enfermedades, la Esclerosis Múltiple puede evolucionar de manera benigna en al menos un 20%. La evolución más común es aquella en la que la enfermedad presenta brotes y remisiones alternativas, de duración y frecuencia variable de un paciente a otro y en la que la minusvalía del paciente se agrava lenta y progresivamente. Los casos muy graves son excepcionales. Los síntomas varían según las zonas del sistema nervioso afectadas. El paciente puede sufrir varios síntomas, a veces simultáneamente: fatiga, hormigueos, trastornos sensitivos, sordera, trastornos del equilibrio, neuritis óptica, nistagmus (movimientos rápidos e involuntarios de los ojos), trastornos en la voz, temblores no intencionados, rigideces o espasticidad, debilidad de los miembros y, en los casos más graves, parálisis de ellos o alteraciones en las funciones de la vejiga y de los intestinos. Extraído de: Documento “Vivir con Esclerosis Múltiple”, Aspectos Psicológicos y Fisiológicos, de la Fundación Esclerosis Múltiple – Barcelona, España.

¹¹ Fuente: Glosario de Términos, www.spanish.hear-it.org

¹² Fuente: “Enfermedad de Parkinson, una guía práctica para el paciente y sus familiares”, Liga Chilena contra el mal de Parkinson – Fonadis, Santiago 2002.

2.1.9.2. DISCAPACIDAD SENSORIAL

“Corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje”. Algunas de las enfermedades que genera esta discapacidad son: sordera que es “producida por problemas de partos anormales por causa fetal o materna” y ceguera, que se define como “pérdida de la visión debida a daños producidos por traumatismos, enfermedades”.

❖ DISCAPACIDAD VISUAL

- **Glaucoma**

Es el aumento en la presión intraocular, producida por una resistencia superior a lo normal, a la salida del humor acuoso. Éste es un líquido que se produce constantemente en el interior del ojo y que provoca alteraciones y destrucción en la capa de fibras nerviosas de la retina, con el consecutivo daño al nervio óptico. El glaucoma afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 40 años de edad. Las causas que originan el aumento de la presión intraocular son desconocidas, pero existen varios factores de riesgo como la edad, la diabetes y los antecedentes familiares. Generalmente no se produce ningún tipo de síntoma que prevenga al paciente del inicio del glaucoma. Por ello, es fundamental su detección en los controles periódicos para iniciar el tratamiento a tiempo. Una vez comenzado el problema, el paciente sufre dolores de cabeza por encima de las cejas, halos coloreados alrededor de las luces y visión borrosa. En casos avanzados, se pierde el campo visual periférico. Es recomendable que toda persona mayor de 40 años se haga una vez al año un examen de Tonometría, que consiste en medir la presión intraocular utilizando el Tonómetro de Aplanación de Goldman. Se considera normal una presión que oscile entre 10 y 21 mmHg. Otra de las pruebas importantes para diagnosticar el glaucoma es la valoración de los campos visuales mediante la Perimetría Computarizada, que detecta y cuantifica las alteraciones y defectos de la agudeza visual en las diferentes regiones del campo visual. Para tratar el Glaucoma se utilizan gotas o colirios cuya finalidad es disminuir la producción de humor acuoso, o bien, facilitar su salida del globo ocular. Debe administrarse diariamente sin interrupciones para conseguir que la presión intraocular se mantenga dentro de valores óptimos. Una alternativa al uso indefinido de colirios es la trabeculoplastia con láser, con la cual se consigue disminuir la presión intraocular. Sólo cuando la presión no se controla adecuadamente con colirios, con láser o con la combinación de ambos, se recurre a la cirugía. La técnica más utilizada es la Trabeculectomía, que consiste en crear una nueva vía de drenaje del humor acuoso, con lo que se consigue una normalización de la tensión ocular.

- **Desprendimiento de Retina**

La retina es la capa interna del globo ocular, donde se forma la imagen captada, tal como en la película en una cámara fotográfica. Si se rompe, el vítreo o gel transparente del globo ocular comienza a filtrarse por el agujero y a acumularse entre la capa media del ojo, o coroides, y la retina, hasta producir la separación de ésta y su desprendimiento. Algunas de sus causas son los diversos procesos degenerativos o atróficos que pueden causar un adelgazamiento de la retina, la cual puede romperse o desgarrarse, generándose un desprendimiento de retina si no es tratada a tiempo. La alteración del vítreo, motivada por cualquier causa, inflamatoria, hemorrágica, traumática, también puede traccionar la retina, romperla y desprenderla. Síntomas: Si la persona siente que ve "moscas volantes" o destellos luminosos, puede ser un antecedente a considerar. Pero el síntoma más significativo es cuando aparece una sombra que empieza a ocultar parte del campo de visión del paciente. Tratamiento: Si se diagnostica una rotura o agujero, la solución es la aplicación de láser o de frío, la cual debe ser de manera inmediata. Si se ha producido desprendimiento, debe hacerse una intervención quirúrgica. Existen dos tipos de cirugía para estos casos: la cirugía extraescleral, en la cual se coloca un implante fuera del ojo para facilitar el taponamiento de los desgarros; y la retinopexia neumática o inyección de gas dentro del ojo. Finalmente está la opción de la vitrectomía, o eliminación del gel vítreo de ojo, la cual se aplica cuando se forma un tejido fibroso que tira y desprende la retina, impidiendo su fijación.

- **Cataratas**

Es la opacidad o velo que se produce en el cristalino o lente situado en el interior del ojo, justo por detrás de la pupila. Normalmente, el cristalino es transparente y permite que los rayos de luz pasen hasta enfocarlos sobre la retina, consiguiendo así una imagen nítida. Cuando el cristalino pierde su transparencia, estamos ante un caso de catarata. La causa más común está relacionada con la edad y se estima que el número de afectados irá en aumento debido a las mayores expectativas de vida de la población mundial. Otras causas, no tan comunes, son los traumatismos, el uso de determinados medicamentos y la diabetes. Su síntoma más común es la visión borrosa, es decir, la persona dice ver como a través de una niebla. Luego, viene la pérdida de agudeza visual, la que puede evolucionar en meses o lentamente, en años. Otros síntomas menos frecuentes son: deslumbramiento, mala visión nocturna, alteración en la visión de los colores y visión doble al mirar con el ojo afectado. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico, aunque las cataratas incipientes no requieren cirugía, salvo si producen una pérdida de visión importante. La técnica más utilizada y moderna es la facoemulsificación, que consiste en realizar una incisión de unos 3 mm, y mediante un instrumento llamado facoemulsificador, se disuelve y aspira la catarata, para después introducir un

lente intraocular. La recuperación es rápida y el paciente puede reintegrarse, al cabo de uno días, a sus actividades normales.

- **Astigmatismo**

Consiste en un defecto refractivo en el cual la curvatura de la córnea no es regular, sino que es mayor en un eje con respecto al otro. Por esta razón las imágenes no se enfocan nítidamente sobre la retina, resultando una visión borrosa o distorsionada. En el astigmatismo, como sucede con la miopía y la hipermetropía, la herencia juega un papel importante en su aparición. Aunque se desconocen sus causas, la más frecuente es la genética, sin embargo también puede aparecer astigmatismo inducido tras una cirugía, como un trasplante de córnea o el tratamiento quirúrgico de una catarata. En los casos leves no suele haber síntomas, tan sólo cierta fatiga visual al realizar esfuerzos prolongados. En los casos con mayor grado de astigmatismo es posible que la agudeza visual sea deficiente a cualquier distancia, situación que puede verse empeorada si se asocia con hipermetropía o miopía. El astigmatismo se corrige con lentes cilíndricas positivas o negativas, orientadas en el eje apropiado para de esa manera conseguir que la imagen se enfoque nítidamente sobre la retina. Esta corrección se puede conseguir con anteojos, lentes de contacto o con cirugía refractiva.

- **Distrofia corneal**

Las distrofias corneales son enfermedades raras que afectan a la capa clara más externa del globo ocular. El término distrofia se refiere a una alteración del volumen y peso de un órgano. Son afecciones bilaterales que al principio afectan a la zona central y excepcionalmente a la zona marginal. Las causas de las distrofias corneales se deben a una alteración del metabolismo del ojo y su periferia, más frecuentes en los varones y en la adolescencia. Síntomas: Existe una opacidad en la córnea que provoca alteración de la agudeza visual. Se forman pequeñas áreas de opacidades superficiales debidas a la aparición de fibrosis entre las capas de la córnea que avanzan según evoluciona la enfermedad. Son prácticamente asintomáticas. Son de progresión muy lenta, pero sobre los 40 años la visión se puede ver seriamente comprometida, por lo que se recomienda practicar una queratoplastia (El término Queratoplastia se refiere al trasplante o injerto corneal, es decir, el tejido corneal enfermo es sustituido por un tejido donante). Dentro de las distrofias corneales existe una forma especial denominada enfermedad de Fuchs, más frecuente en las mujeres mayores, en la que hay atrofia con edema, formación de vesículas y opacidades puntiformes en la córnea. Los enfermos ven halos corneales por la mañana que van desapareciendo a lo largo del día. En las últimas etapas la córnea se vuelve totalmente opaca e insensible.

- **Leucoma corneal**

El leucoma corneal es la opacificación de la córnea, similar a lo que acontece con el cristalino en la catarata. Cuando la córnea pierde su transparencia el daño visual que ocasiona es del todo similar a lo que ocurre con la catarata, la agudeza visual disminuye en grado variable, llegando al extremo que el paciente sólo perciba luz y bultos. Las causas son muy diversas. Normalmente se produce por la cicatrización de heridas, quemaduras, úlceras o infecciones severas. Como consecuencia de la cicatrización se produce la formación de un tejido opaco, que es beneficioso para la conservación del ojo pero muy perjudicial para la visión, pues pierde transparencia. En cuanto al tratamiento las lentes no tienen ninguna utilidad y no existe ningún medicamento que restituya la transparencia de los tejidos opacificados. La única solución que existe en la actualidad es el reemplazo de la córnea dañada por otra transparente: Transplante de córnea.

- **Retinopatía Diabética**

La diabetes puede producir dos clases de cambios que se encuentran entre las principales causas de ceguera: la retinopatía no proliferativa y la proliferativa. Estos cambios pueden presentarse tanto en las personas diabéticas tratadas con insulina como en las que no reciben este tratamiento. La diabetes afecta la retina porque los altos valores de azúcar (glucosa) en la sangre engruesan las paredes de los pequeños vasos sanguíneos, pero al mismo tiempo las debilitan y en consecuencia las tornan más proclives a la deformación y a las fugas de sangre. El alcance de la retinopatía y la pérdida de la visión se encuentran en directa relación con el control de las concentraciones de azúcar en sangre y, más importante aún, con el tiempo que la persona lleva padeciendo la diabetes. En general, la retinopatía no se desarrolla hasta por lo menos 10 años después del inicio de la enfermedad. En la retinopatía no proliferativa (de fondo), pequeños capilares de la retina se rompen y comienzan a perder sangre. El área que rodea cada rotura en los capilares se hincha, formando pequeños sacos en los cuales se depositan las proteínas de la sangre. El médico diagnostica esta enfermedad examinando la retina. La angiografía con fluoresceína (un procedimiento en el cual el médico inyecta un colorante dentro de una vena, espera a que llegue a la retina y luego hace fotografías de esta última) ayuda a determinar el alcance de la enfermedad. En sus fases iniciales, la retinopatía no proliferativa no produce ceguera. Las pequeñas hemorragias retinianas pueden distorsionar partes del campo visual o, si se encuentran cerca de la mácula, pueden nublar la visión. En la retinopatía proliferativa, el daño a la retina estimula el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Este crecimiento puede parecer beneficioso, pero no lo es. Los nuevos vasos sanguíneos crecen de forma anormal, lo que conlleva cicatrización y, en ocasiones, un desprendimiento de retina. Pueden crecer o sangrar dentro de la cavidad vítrea. La retinopatía proliferativa es mucho más perjudicial para la visión que la retinopatía no proliferativa y puede ocasionar ceguera total o casi

total. La mejor forma de evitar la retinopatía diabética consiste en controlar la diabetes y mantener la presión arterial a niveles normales. Las personas diabéticas deberían someterse a exámenes visuales anuales 5 años después de que se les diagnostique la diabetes, para que el tratamiento necesario pueda comenzarse de manera precoz y así se salve la visión. El tratamiento consiste en la fotocoagulación por láser, en la que un rayo láser se aplica sobre el ojo para destruir los nuevos vasos sanguíneos y sellar los que presentan pérdidas. Este tratamiento es indoloro porque la retina percibe las sensaciones dolorosas. Si la hemorragia de los vasos dañados ha sido grande, puede ser necesario recurrir a la cirugía para extraer la sangre que ha entrado en el humor vítreo (un procedimiento llamado vitrectomía). La visión mejora tras la vitrectomía y el humor vítreo es gradualmente reemplazado.

- **Celulitis Orbitaria**

La celulitis orbitaria es una infección de los tejidos que rodean el globo ocular. La infección puede extenderse desde los senos paranasales, los dientes o el flujo sanguíneo, o bien desarrollarse tras una cirugía del ojo. Los síntomas de la celulitis orbitaria son ojos salidos, menor movimiento ocular e inflamación y oscurecimiento del globo ocular. Si no se trata de forma adecuada, la celulitis orbitaria puede provocar ceguera, infección del cerebro y de la médula espinal y coágulos de sangre en el cerebro. Los médicos en general pueden reconocer la celulitis orbitaria sin recurrir a las pruebas diagnósticas. Sin embargo, para determinar la causa puede ser necesaria una evaluación más exhaustiva, que incluya una revisión dental y de la boca así como radiografías o una tomografía computadorizada (TC) para analizar los senos. Con frecuencia, los médicos obtienen muestras del revestimiento del ojo y de la piel, sangre, garganta o senos y las envían al laboratorio para su cultivo. Estas pruebas ayudan a determinar qué tipo de bacteria está causando la infección y qué tratamiento debería utilizarse. Los antibióticos orales se administran para los casos leves; los antibióticos intravenosos se aplican en casos graves. El antibiótico que se use al comienzo puede cambiarse si los resultados del cultivo sugieren que otro resultará más efectivo. En ocasiones, se recurre a la cirugía para drenar un foco de infección (absceso) o un seno infectado.

- **Neuritis Retrobulbar**

La neuritis retrobulbar es la inflamación de la porción del nervio óptico localizada detrás del ojo; en general afecta sólo un ojo. Varias enfermedades pueden inflamarse y en consecuencia dañar el área. Frecuentemente la causa es la esclerosis múltiple. Pero también muchas otras enfermedades pueden provocar neuritis retrobulbar. En ocasiones, resulta imposible descubrir la causa. La neuritis retrobulbar provoca rápidamente una pérdida de visión y además dolor al mover el ojo. El examen con un oftalmoscopio revela cambios sutiles o bien ninguna alteración en la porción del nervio óptico de la parte posterior del ojo que es visible con este instrumento. Aproximadamente la

mitad de los episodios de neuritis retrobulbar mejoran sin tratamiento, en general en 2 a 8 semanas. Sin embargo, a veces persiste la falta de claridad en el centro del campo visual y también pueden aparecer recaídas, en especial cuando la causa es la esclerosis múltiple. Cada recaída puede empeorar la pérdida de visión. El nervio óptico puede resultar dañado para siempre y, en casos muy raros, los ataques repetidos conducen a la ceguera total. El tratamiento depende de la causa y puede incluir corticosteroides. A veces no se indica ningún tratamiento.

- **Glaucoma Secundario**

El glaucoma secundario se produce porque el ojo ha sido dañado por una infección, inflamación, tumor, una gran catarata o cualquier trastorno ocular que interfiera con el drenaje de fluido desde la cámara anterior. Las enfermedades inflamatorias, como la uveítis, se encuentran entre los trastornos más comunes. Otras causas frecuentes incluyen la obstrucción de la vena oftálmica, las lesiones oculares, la cirugía ocular y las hemorragias dentro del ojo. Algunos medicamentos, como los corticosteroides, también pueden aumentar la presión en el ojo. El tratamiento del glaucoma secundario depende de su causa. Por ejemplo, cuando la causa es la inflamación, suele recurrirse a los corticosteroides para reducirla, además de a otros medicamentos que mantienen abierta la pupila. En ocasiones es necesario llegar a la cirugía.

- **Glaucoma de Angulo Cerrado**

El glaucoma de ángulo cerrado provoca ataques súbitos de aumento de presión, en general en un ojo. En las personas que padecen esta enfermedad, el espacio entre la córnea y el iris (por donde sale el fluido fuera del ojo) es más estrecho de lo normal. Cualquier factor que provoque la dilatación de la pupila (una escasa iluminación, las gotas oftálmicas indicadas para dilatar la pupila antes de un examen ocular o ciertas medicaciones orales o inyectadas) puede hacer que el iris bloquee el drenaje de fluido. Cuando ello sucede, la presión intraocular aumenta de improviso. Un episodio de glaucoma de ángulo cerrado agudo produce síntomas repentinos. Puede provocar un ligero empeoramiento de la visión, halos de color alrededor de las luces y dolor en el ojo y la cabeza. Estos síntomas pueden durar sólo unas pocas horas antes de que tenga lugar un ataque más grave. Éste produce una rápida pérdida de la visión y un repentino y agudo dolor pulsátil en el ojo. Las náuseas y los vómitos son comunes y pueden hacer que el médico piense que el problema radica en el aparato digestivo. El párpado se hincha y el ojo se torna lloroso y rojo. La pupila se dilata y no se cierra normalmente en respuesta a la luz intensa. A pesar de que la mayoría de los síntomas desaparecen con una medicación adecuada, los ataques pueden recurrir. Cada ataque reduce cada vez más el campo visual.

- **Glaucoma de Angulo Abierto**

En el glaucoma de ángulo abierto, el fluido drena lentamente desde la cámara anterior. La presión se eleva gradualmente (casi siempre en ambos ojos) lesionando el nervio óptico y causando una lenta pero progresiva pérdida de la visión. La pérdida de visión comienza en los extremos del campo visual y, si no se produce ceguera. La forma más frecuente de glaucoma, el glaucoma de ángulo abierto, es común después de los 35 años pero ocasionalmente aparece en niños. La enfermedad tiende a aparecer en varios miembros de una familia y es más común entre las personas diabéticas o miopes. Al principio, la mayor presión ocular no produce ningún síntoma. Los síntomas posteriores pueden incluir un estrechamiento de la visión periférica, ligeros dolores de cabeza y sutiles trastornos visuales, como ver halos alrededor de la luz eléctrica o tener dificultad para adaptarse a la oscuridad. Finalmente, la persona puede acabar presentando visión en túnel (un estrechamiento extremo de los campos visuales que dificulta ver objetos a ambos lados cuando se mira al frente). El glaucoma de ángulo abierto puede no causar ningún síntoma hasta que se produce una lesión irreversible. En general, el diagnóstico se establece verificando la presión intraocular. El tratamiento tiene más probabilidades de tener éxito si se comienza de inmediato. Cuando la visión ha disminuido mucho, el tratamiento puede evitar nuevos deterioros, pero en general no puede restablecer la visión completamente.¹³

- **Hemianopsia**

Ceguera en la mitad del campo visual debido a una alteración en el sistema nervioso encargado de procesar la información visual.

- **Retinosis pigmentaria**

Enfermedad hereditaria caracterizada por la degeneración progresiva de la retina. Se produce una pérdida progresiva de la agudeza y del campo visual. Al mismo tiempo se da un aumento progresivo del tiempo de adaptación a los cambios de luminosidad y un deterioro progresivo en la percepción de los colores.

- **Ceguera**

Pérdida total de la visión, debido a daños producidos en los ojos o en la parte del sistema nervioso encargada de procesar la información visual por traumatismos, enfermedades, desnutrición o defectos congénitos.

¹³ Extraído de: Merck Sharp & Dohme e España S.A.

❖ DISCAPACIDAD AUDITIVA

- **Alteración de la audición**

Disfunción física o psicológica del sistema auditivo y de audición. Se considera que una persona tiene una deficiencia de audición cuando presenta una capacidad reducida para percibir los sonidos comparándolo con una persona joven con audición normal. Esta alteración puede ser una pérdida de audición o una alteración de la audición, como por ejemplo el tinnitus.

- **Presbiacusia**

La presbiacusia también se conoce como pérdida de audición producida por el envejecimiento, ya que se trata de una pérdida de audición asociada a la vejez. A medida que las personas envejecen, muchas de las células pilosas del oído interno se dañan o desaparecen dando como resultado una pérdida de audición. El grado de la pérdida de audición producida por el envejecimiento varía dependiendo de la persona, aunque todo el mundo pierde parte de su capacidad de audición a medida que envejece, algunas personas la pierden antes y más rápidamente que otras.

- **Síndrome de Usher**

Es una enfermedad poco común que afecta tanto a la audición como a la vista. La persona que presenta esta enfermedad nace con cierto grado de pérdida auditiva o sordera congénita y posteriormente desarrolla una afección denominada retinitis pigmentosa que produce pérdida visual progresiva.

- **Hipoacusia**

La hipoacusia es conocida también como baja audición y se presenta en aquellas personas que todavía mantienen algún resto auditivo. Estas dificultades en la audición se pueden producir por factores genéticos, cambios en la estructura interior del oído, edad avanzada o infecciones, entre otros factores.¹⁴

- **Sordera**

La sordera o hipoacusia, se define como la disminución de la capacidad auditiva. La forma de medir esta pérdida de audición es mediante la audiometría tonal liminar, que es una prueba que determina nuestro umbral auditivo para un rango de frecuencias determinadas; es decir mide para cada frecuencia (desde los graves a 250 Hz, a los agudos a 8000 Hz) cual es la cantidad de sonido o intensidad mínima que somos capaces de oír, así, cuando necesitamos más de 20 decibelios, se considera que tenemos una hipoacusia para esa frecuencia, sin embargo lo más frecuente es que aparezca

¹⁴ Fuente: Glosario de Términos, www.spanish.hear-it.org

en todas las frecuencias, sobre todo en las del rango de la voz humana, de 500 a 2000 Hz.¹⁵

2.1.9.3. DISCAPACIDAD PSÍQUICA

“Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes”. Una de las enfermedades que genera esta discapacidad es la Esquizofrenia la cuál es “una mutación sostenida de varios aspectos particulares del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social”.

❖ **Psicosis Orgánica**

Síndrome clínico producido por una lesión que afecta al funcionamiento cerebral y que cursa con acusado deterioro de la orientación, la memoria, la comprensión, la habilidad para el cálculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio.

❖ **Paranoia**

Conjunto de desórdenes psicóticos que originan un estado de delirio sistemático. Literalmente significa “pensar al margen”. Se suelen presentar los siguientes rasgos: orgullos, desconfianza, falsedad del juicio, inadaptación social. El enfermo crea un complejo sistema lógico pero partiendo de premisas falsas y termina por sentirse víctima de ciertas persecuciones o bien valorando excesivamente sus propias capacidades. Se trata con fármacos antisépticos.

❖ **Esquizofrenia**

Enfermedad mental del grupo de la psicosis, de carácter grave, caracterizada por la escisión de la personalidad, trastornos del pensamiento (delirios, alucinaciones) y pérdida de contacto con la realidad. Otras características son la negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambio en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión. Afecta al 1% de la población y aún no se conocen las causas que la desencadenan. Entre los factores que se apuntan como responsables están las alteraciones en la química del cerebro y la predisposición genética. El tratamiento se realiza combinando la toma de fármacos neurolépticos con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar.

❖ **Depresión Bipolar**

La depresión bipolar, que anteriormente se conocía como enfermedad maníaco-depresiva, es un trastorno que cursa con fases de manía o euforia y

¹⁵ Fuente: www.worldwidehospital.com Instituto Europeo de medicina Virtual 2000.

depresión. La fase maníaca se caracteriza por la aparición de un período de elevación del estado de ánimo, anormal, expansivo e irritable, de al menos una semana de duración. La fase depresiva es en muchos sentidos el polo opuesto de la manía. Se caracteriza por la aparición de un estado de ánimo depresivo, de una duración de al menos dos semanas, durante el cual hay una pérdida de interés o placer en todas las actividades. Durante el episodio depresivo se experimentan abatimiento, inhibición de la actividad intelectual, cambios del apetito, peso y de la actividad sicomotora, falta de energía; sentimientos de subvaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. También se observan alteraciones físicas en el curso de la fase depresiva: la musculatura parece lacia, la expresión del rostro se paraliza y los movimientos se hacen más lentos.

2.1.9.4. DISCAPACIDAD INTELECTUAL O MENTAL

Es una “función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo”. Una de las enfermedades que se encuentra dentro de esta discapacidad es el Síndrome de Down, que es una “alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas”.

❖ Síndrome de Prader Willi

Es un defecto congénito no hereditario que puede afectar por igual a cualquier bebé, independientemente de su sexo, raza o condición de vida. Se caracteriza fundamentalmente por un apetito insaciable y por problemas de conducta. Otros síntomas son el escaso tono muscular, deficiencia mental, desarrollo sexual deficiente, corta estatura, manos y pies pequeños, problemas visuales, dentales, trastornos respiratorios, escoliosis y diabetes. La causa es una incógnita y no hay posibilidad de curación. Hay que tener mucho cuidado para que esta persona no tenga fácil acceso a la comida pues tienen auténtica obsesión por comer, lo que provoca frecuentemente problemas de obesidad.

❖ Síndrome de Down

Alteración genética en el par 21 que presenta tres cromosomas (trisomía 21). Las madres de edad avanzada tienen más posibilidades de tener un hijo con este trastorno. Ocasiona un retraso mental que varía desde leve a grave y se asocia además con características faciales propias: estatura baja y cabeza pequeña, redondeada; frente inclinada, orejas de implantación baja, ojos sesgados arriba y afuera, boca abierta, lengua grande y fisurada, dedos meñiques cortos y curvados hacia adentro, manos anchas con surco transversal en la palma. A veces se detectan anomalías congénitas del

corazón, en el tabique que separa los lados izquierdo y derecho. En algunos casos aparece hacia los 40 años demencia prematura tipo Alzheimer.

❖ **Autismo**

El psiquiatra austríaco Leo Kanner, describió por primera vez en 1943 el Síndrome Autista que consiste en un trastorno profundo del desarrollo, que afecta las capacidades de relación, comunicación y flexibilidad de la conducta. Las conductas autistas comienzan a manifestarse antes de los tres años de vida, incluso puede diagnosticarse al año y medio de edad, esto es muy importante ya que mientras antes se realice un diagnóstico e intervención precoz, mejor será el pronóstico. Hasta el momento se desconocen sus causas. La incidencia es de aproximadamente de 1 por cada 166 nacidos. Las principales características que presenta la persona autista son: - Dificultad para usar el lenguaje o ausencia de él. - Indiferencia al medio que lo rodea. - Desconocimiento de su propia identidad. - Falta de comunicación con otras personas. - Ausencia de contacto visual. - Incapacidad para jugar y simbolizar su realidad con el juego. - Movimientos repetitivos y estereotipados. - Falta de iniciativa propia.¹⁶

❖ **Síndrome X Frágil**

También llamado Síndrome de Martín & Bell, es la primera causa de retraso mental hereditario. Su diagnóstico suele ser tardío y a veces erróneo (a menudo se confunde con autismo). En 1992 se desarrolló un test basado en el ADN para diagnosticar tanto a portadores como a afectados por este síndrome. Las características físicas típicas que presentan las personas con Cromosoma X Frágil son: cara alargada, orejas grandes y/o separadas, estrabismo. Estos rasgos no están presentes en todos los casos ni con la misma intensidad. Las características de conducta más frecuentes en los varones son: hiperactividad, trastornos de atención, timidez extrema, evitación de la mirada, lenguaje repetitivo, estereotipias con aleteos o morderse la mano, angustia, hipersensibilidad a los estímulos, resistencia a los cambios, etc. En las mujeres: angustia, timidez y dificultades en áreas como las matemáticas. Hoy por hoy, no existe un tratamiento médico curativo, pero sí tratamientos paliativos de alguno de sus síntomas, de cara a mejorar determinados problemas físicos y, por otra parte, educativo, adaptado a las necesidades y habilidades de cada individuo. Ambos han de comenzar lo antes posible.

❖ **Fenilcetonuria**

La fenilcetonuria o PKU (del inglés “phenylketonuria”) es una enfermedad hereditaria causada por un defecto metabólico que afecta el modo en que el cuerpo procesa las proteínas. Los niños con fenilcetonuria no pueden procesar una parte de la proteína llamada fenilalanina, como consecuencia, se produce

¹⁶ Fuente: Página Web Centro Leo Kanner, <http://centroleokanner.8m.com>
<http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/spautism.htm#cuau>

una acumulación de fenilalanina en el flujo sanguíneo del niño que provoca daños cerebrales. Mediante el uso de una prueba desarrollada en los años 60 - consistente en una pequeña punción en el talón del bebé para extraer y analizar una muestra de sangre- se puede detectar precozmente esta enfermedad. Es posible prevenir el retraso mental completamente, si comienza a tratarse al bebé con una dieta especial que tenga poca fenilalanina antes de su tercera semana de vida.¹⁷

❖ **Alzheimer**

La Enfermedad de Alzheimer afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. El proceso de la enfermedad es gradual y generalmente la persona se deteriora lentamente. Hasta ahora la causa de la enfermedad es desconocida y no tiene cura. Esta enfermedad lleva el nombre del Dr. Alois Alzheimer quien en 1906 describió cambios en el tejido del cerebro de una mujer que había muerto de lo que se creía era una enfermedad mental inusual. Ahora estos cambios característicos y anormales en el cerebro se reconocen como la Enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad afecta a todos los grupos de la sociedad y aunque es más común entre las personas mayores, los jóvenes también pueden presentarla.¹⁸

2.2. MARCO LEGAL

La propuesta está enmarcada de acuerdo a las disposiciones legales internacionales, nacionales y locales, sobre atención a la población con discapacidad, que especifica en la equiparación de oportunidades, inclusión, deberes y derechos.

2.2.1. NORMAS INTERNACIONALES:

- Ley 762 (2002) por medio de la cual se aprueba y se suscribe la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, 07 de junio de 1999.
- Normas Uniformes de Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.

¹⁷ Fuente: Real Patronato sobre Discapacidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.

¹⁸ Fuente: “Ayuda para cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer”, División de la Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, OMS.

- Inclusión internacional logro la adopción de la nueva convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, del 13 de diciembre, 2006 – Inclusión Internacional es una federación de 200 organizaciones internacionales de familias que defienden los derechos y la participación plena. Hay cuatro puntos en la Convención que son especialmente importantes para las personas con discapacidad cognitiva y sus familias.
- El derecho a vivir en la comunidad, no en condiciones inhumanas o en instituciones, está asegurado en el Artículo 19 (Vida en la comunidad).
- El derecho a ser incluido en el sistema educativo junto con otros niños está asegurado en el Artículo 24 (Educación).
- El derecho a la toma de decisiones propias está asegurado en el Artículo 12 (Capacidad Legal).
- El Preámbulo reconoce el papel de la familia a la hora de lograr los derechos humanos para los miembros de familia con discapacidad y de las personas con discapacidad intelectual a nivel mundial.
- Resolución WHA58.23, sobre la 58a asamblea mundial de la salud. La cual hace un análisis de la situación de la discapacidad en el mundo, donde aproximadamente unos 600 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad e insta a los Estados Miembros a seguir con unos parámetros de responsabilidad, sensibilidad, intervención y acciones concretas de prevención, promoción de la salud en pro de las personas con discapacidad.¹⁹

2.2.2. NORMAS NACIONALES:

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad cognitiva, sin embargo a partir de su expedición, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos. Como son:

- Establecer mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”.²⁰

¹⁹ AMS Asamblea Mundial de la Salud .WHA58.23. 58ª Mayo 25 de 2005. EN: http://www.WHA58.23_resolution_es.pdf (consulta: 4 de agosto, 2009).

²⁰ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, Ley 361 de 1997, Declaración Universal de los Derechos Humanos.

- Decreto 2381 de 1993 "Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el Día Nacional de las Personas con Discapacidad".
- Decreto 276 de 2000 que establece la conformación, define las funciones y señala el funcionamiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, fija las funciones del Secretario Técnico, define la coordinación del Comité Consultivo Nacional en la Consejería Presidencial para la Política Social y reglamenta la conformación y funciones de los Grupos de Enlace Sectorial.
- (Ley 100 de 1993)"Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral".
- Recomendación OIT N° 99, sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los discapacitados (disabled), 1995.
- Decreto N° 2226 de 1996 y Decreto N° 1152 de 1999 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados.
- El Ministerio de Trabajo ha expedido el Decreto N° 970 de 1994 que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
- Decreto N° 692 de 1995 que adopta el manual de calificación de invalidez.
- Decreto N° 1128 de 1999 reestructura el Ministerio y se incluye la asignación de funciones con respecto al tema de discapacidad.
- Decreto N° 2463 de 2001 "Reglamenta la integración, financiación y funciones de las Juntas de Calificación de Invalidez".
- Ley 105 de 1993 Ley para las disposiciones básicas del transporte.
- Ley 397 de 1997 "Por la cual...se dictan normas sobre el patrimonio cultural, fomentos y estímulos de la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura". En el numeral 13 del Artículo 1° (Principios fundamentales) señala que el Estado, al formular la política cultural tendrá en cuenta y concederá "especial tratamiento a las personas limitadas física, sensorial y psíquicamente...". E igualmente, en los Artículos 50 y 60, se fija que en los Consejos nacional, departamentales, distritales y municipales, habrá un representante de las agremiaciones culturales de discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales.
- Ley 181 de 1995 "Por la cual se dictan disposiciones para el Fomento del Deporte, la Recreación, el Aprovechamiento del Tiempo Libre y la Educación Física...". El Numeral 4 del Artículo 3 plantea como parte del objeto "Formular y

ejecutar programas especiales para la educación física, deporte y recreación de las personas con discapacidades físicas, síquicas, sensoriales...", lo cual es también tratado en los artículos 11,12 y 24.

- Ley 582 de 2000, establece el Sistema Deportivo Nacional de las personas con discapacidad y crea el Comité Paraolímpico Colombiano máximo ente rector del deporte y organiza por modalidad de discapacidad cada una de las federaciones deportivas.
- Ley 934 de 2004 "Por la cual se oficializa la Política de Desarrollo Nacional de Educación Física y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 0641 de 2001 "Por el cual se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.
- Resolución 000741 de 2005 "Por el cual se reglamenta el Programa "Apoyo al Deportista Paraolímpico Colombiano".
- Ley 324 (1996) por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda.
- Decreto N° 2082 (1996) reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o capacidades excepcionales.
- Ley 361(1997) por la cual se establecen mecanismos de Integración Social de las Personas con limitación.
- Decreto N° 2369 (1997) ofrece recomendaciones de atención a personas con limitación auditiva.
- Decreto N° 3011 (1997) sobre adecuación de instituciones en programas de educación básica y media de adultos con limitaciones.

Algunas disposiciones legales hacen evidente la aplicación de acciones a favor de la población en situación de discapacidad.

Son un sinnúmero de decretos, resoluciones y acuerdos que se implementan a favor de la población en situación de discapacidad. Los cuales están fundamentados de acuerdo a las exigencias y necesidades de la comunidad que demanda del estado sus deberes y derechos.²¹

²¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Políticas sobre discapacidad. Doc. I - Bogotá D.C. 2006

2.2.3. POLITICA PÚBLICA.

Es la construcción participativa entre el Estado y la sociedad civil para definir orientaciones que permitan avanzar hacia el desarrollo de la autonomía y potencialidades de las personas con discapacidad, y asegurar su efectiva integración y participación en los bienes y servicios sociales. Algunos documentos que brindan información sobre el proceso de construcción de la Política Pública Nacional de Discapacidad son:

- Plan Nacional de Intervención en Discapacidad. (Plan de Acción 2005 – 2007).
- Matriz del Plan Nacional de Acción en Discapacidad.
- Documento Conpes Social 80: Política Pública Nacional de Discapacidad.
- Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. "Hacia un Estado Comunitario".
- Política Pública en Discapacidad: Fortalecimiento y Movilización Social.
- Bases para la Formación de Política Pública en Discapacidad.
- Manual Operativo-Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad.
- Planes de Desarrollo en los Territorios y Discapacidad.
- Orientaciones de Política Pública en Discapacidad.
- Manual metodológico para la construcción de política pública en discapacidad en lo local.
- Instancias del Plan Nacional de Discapacidad:
 - o Comité Consultivo Nacional para Personas con Limitación / Funciones.
 - o Comité Técnico Nacional de Discapacidad.
 - o Comités Departamentales de Discapacidad.
 - o Grupos de Enlace Sectorial.
- Instituto Nacional para Ciegos (INCI).
- Programa de Derechos Humanos y Discapacidad de la Vicepresidencia de la República de Colombia.
- Programa de Apoyo a la Discapacidad de la Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es una investigación cualitativa debido a que las variables no son numéricas. A su vez es un estudio descriptivo ya que se pretende determinar la necesidad de incluir dentro del programa académico de la Licenciatura en Educación Física y Deportes, una propuesta curricular incluyente para mejorar la intervención deportiva en la población con discapacidad.

3.2 MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Se utilizó un método deductivo ya que es un estudio que parte de lo general a lo particular, puesto que se recolectó la información de los estudiantes activos de los últimos semestres de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle y de los docentes Licenciados en Educación Física y Deportes, para determinar la necesidad de elaborar una propuesta curricular incluyente para mejorar la intervención deportiva de la población con discapacidad.

3.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.

La población universo con que se trabajó, está conformada por 95 estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes y de 13 Docentes de la Universidad del Valle con sede en la ciudad de Palmira. Al momento de la recolección de datos, se aplicó el instrumento a una muestra aleatoria distribuida de la siguiente manera, el 47% del estudiantado de últimos semestres de la Licenciatura y el 80% de los docentes licenciados en el área de Educación Física, Deportes o con alguna afinidad en la formación académica de la Licenciatura en Educación Física y Deportes.

En conclusión se trabajó con una muestra intencional por criterio integrada por 10 docentes y 44 estudiantes de último semestre del programa de pregrado de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

3.4. FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. Fuentes primarias. Se utilizaron fuentes de información primaria mediante las siguientes técnicas de recolección de la información (Ver Anexo No. 1 y 2):

- Entrevistas individuales estructuradas:
En este tipo de entrevista se preparó de antemano un cuestionario guía en el que se evaluaron las diversas variables de esta investigación a través de los testimonios dados por los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

Con este tipo de técnica se tuvo la ventaja de explorar de manera a su vez inestructurada (esto es, o preparada pero sí sistemática), aspectos relevantes que se derivaron de cada una de las entrevistas con los docentes y estudiantes, con lo cual se registraron no solamente las respuestas de los entrevistados, sino también el contexto en que éstas aparecieron.

De esta manera se logró recoger información adicional que es de suma importancia para ésta investigación, como son algunas apreciaciones que tienen los docentes y estudiantes acerca de la discapacidad.

- Entrevistas individuales en profundidad:
En este tipo de entrevista se realizó una recolección de la información oral en varias sesiones de encuentro con los entrevistados. Para todos los casos de las entrevistas se inició con una pregunta macro en la que se generaron respuestas que sirvieron de base para realizar una profundización ulterior sobre el tema a tratar para la construcción del marco teórico de esta investigación.

3.4.2. Fuentes secundarias. Para esta investigación se utilizaron fuentes de información escrita que fue recopilada a partir de:

- a. Textos.
- b. Documentos.
- c. Artículos de Internet.
- d. Pensum curriculares de otras universidades.

3.4.3 Instrumentos. Los instrumentos de recolección de la información para esta investigación fueron:

- a. Formato de las entrevistas aplicadas a los estudiantes y docentes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle (Ver Anexo 1 y 2).

- b. Hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2007 para el procesamiento estadístico de la información. Es una herramienta eficaz que puede usar para analizar y compartir información con el fin de tomar decisiones mejor fundadas. La interfaz de usuario de Microsoft Office Fluent, la visualización de datos enriquecida y las vistas de tabla dinámica permiten crear, de un modo más sencillo, gráficos de aspecto profesional y fácil uso.

3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.5.1 FASE I. Revisión de literatura. En esta fase se realiza la revisión de la literatura correspondiente y las investigaciones pertinentes con base en los objetivos planteados en este trabajo, lo cual nos dio los elementos necesarios para la construcción del marco teórico y para la selección y el diseño de los instrumentos necesarios para la recolección de los datos.

3.5.2 FASE II. Selección, diseño y ajuste de instrumentos. En esta fase de selección de los instrumentos, se diseñaron las entrevistas individuales estructuradas por conveniencia, ya que esta técnica de recolección de datos permite obtener información valiosa hacia la determinación de la necesidad de una propuesta curricular inclusiva para la intervención deportiva de la población con discapacidad.

El diseño de las entrevistas se realizó con base a la información obtenida a partir de la revisión de literatura y del pensum curricular de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira. Se planteó una entrevista dirigida tanto a los docentes como a los estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

Posteriormente el instrumento se sometió a dos pruebas piloto. En la primera prueba, se realizaron las respectivas entrevistas al Coordinador del pregrado y tres estudiantes escogidos al azar. Los resultados obtenidos de estas entrevistas permitieron realizar los ajustes necesarios respecto al diseño de las preguntas de los formatos de recolección de la información.

Después de haber aplicado las correcciones pertinentes para el diseño de la entrevista se recolectó la información a través del trabajo de campo, el cual fue considerado como una segunda prueba piloto (Ver Anexo 1), ya que el diseño de algunas preguntas de la entrevista debido a que muchos de los entrevistados tuvieron incongruencias en las respuestas por la falta de comprensión de las mismas con lo cual se llegó a la conclusión que tenía la validez y la confiabilidad necesarias para desarrollar este estudio.

En definitiva, se rediseñó la entrevista de acuerdo al análisis y sugerencias planteadas en la última prueba piloto, que dio como resultado una entrevista final mucho más completa, comprensible y pertinente (Ver Anexo 2).

3.5.3 FASE III. Recolección de la información. Después de realizar adecuadamente los ajustes del instrumento, se procedió a realizar el trabajo de campo ejecutando las entrevistas a los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

3.5.4 FASE IV. Procesamiento de la información. Para el desarrollo de esta fase se utilizó el software Microsoft Office Excel 2007 en el cual se introdujo la información obtenida de los resultados de las entrevistas hechas a los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes seleccionados. El programa ofreció muchas facilidades en el procesamiento de la información y al final se pudieron obtener los resultados globales de las encuestas realizadas.

3.5.5 FASE V. Análisis y discusión de resultados. Tanto el análisis como la discusión de los resultados se realizaron según los objetivos propuestos basándonos en las preguntas que estaban dirigidas para cada uno de los mismos.

3.5.6 FASE VI. Alternativas para el desarrollo de una propuesta curricular incluyente. Según los resultados obtenidos con su respectivo análisis, se determinaron las conclusiones y recomendaciones principales para el desarrollo de una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.

3.5.7 FASE VII. Conclusiones y recomendaciones. A partir de lo desarrollado por medio de esta investigación se llega a una serie de conclusiones y de recomendaciones para el proceder de la Universidad del Valle sede Palmira.

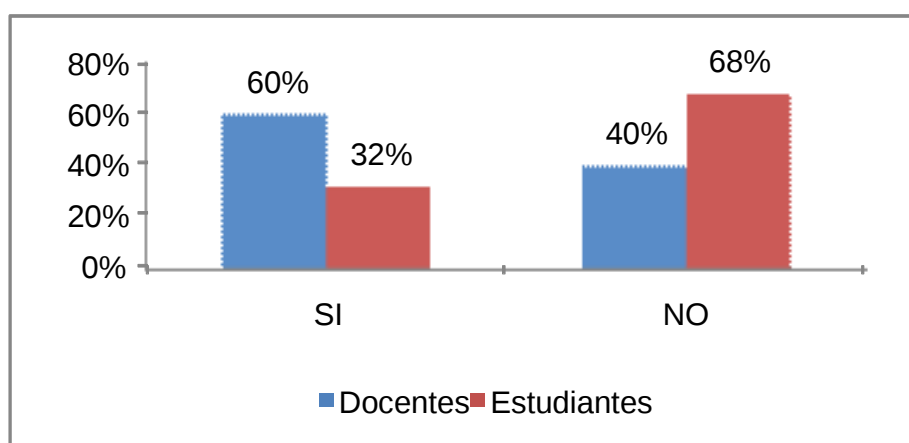
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizó con base a los objetivos específicos formulados en el estudio, y teniendo en cuenta en forma consolidada las respuestas dadas por los docentes y estudiantes, según los interrogantes planteados en los instrumentos de recolección de datos, existiendo preguntas que fueron compartidas por los diferentes estamentos en cada una de las instancias del estudio.

4.1. ACTUAL OFERTA EDUCATIVA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD DE LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA.

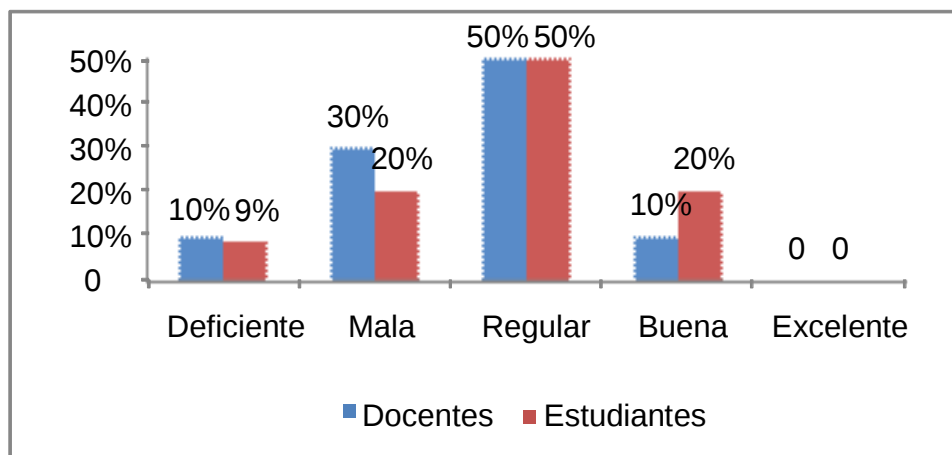
Los estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes presentan un desconocimiento general frente al contenido de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad. En tanto que los docentes manifestaron un mayor conocimiento de la misma. (Graf. 1).

Grafico 1. Distribución de frecuencia del nivel de conocimiento del contenido de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.



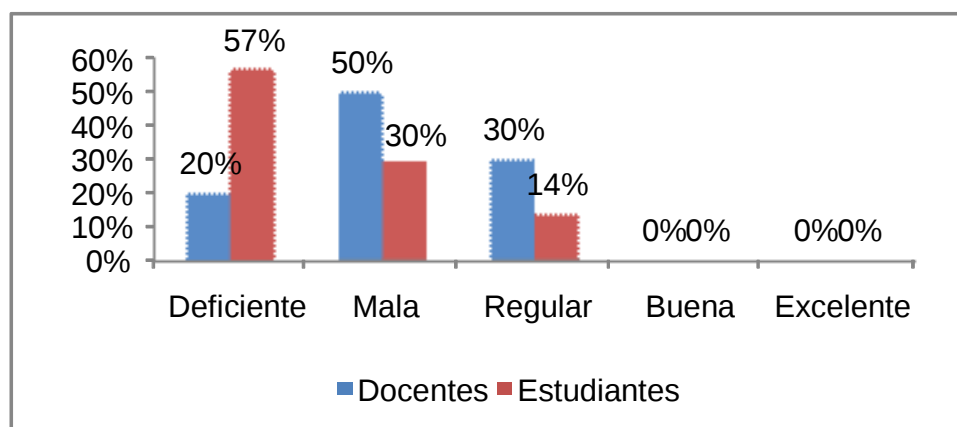
Tanto docentes y estudiantes dieron una calificación regular a la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad. (Graf. 2).

Grafico 2. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.



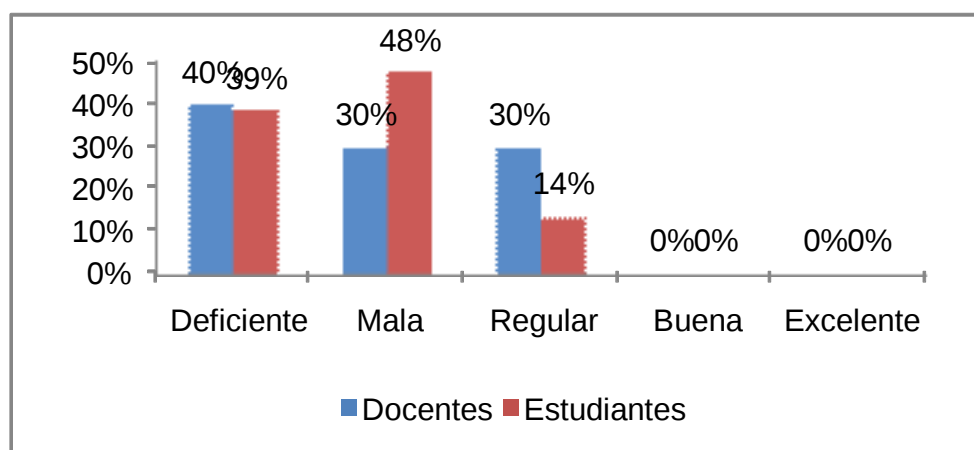
Más de la mitad de los estudiantes calificaron como deficiente la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto a la complejidad y el abordaje sistemático que requiere la población con discapacidad. Mientras que la mitad de los docentes la catalogan como mala. (Graf. 3).

Grafico 3. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto a la complejidad y el abordaje sistemático que requiere la población con discapacidad.



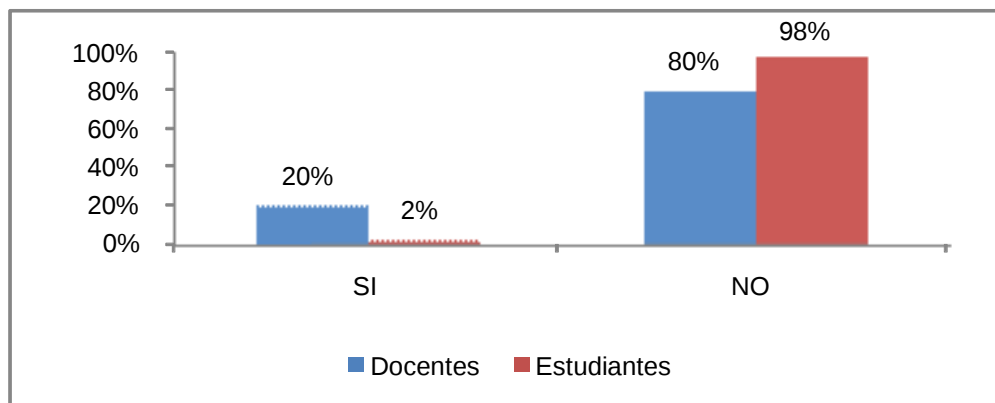
La mayoría de los docentes y los estudiantes concuerdan en que la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto al panorama regional, nacional e internacional de la población con discapacidad, se encuentra en un nivel deficiente y malo. (Graf. 4).

Grafico 4. Distribución de frecuencia de la calificación de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto al panorama regional, nacional e internacional de la población con discapacidad.



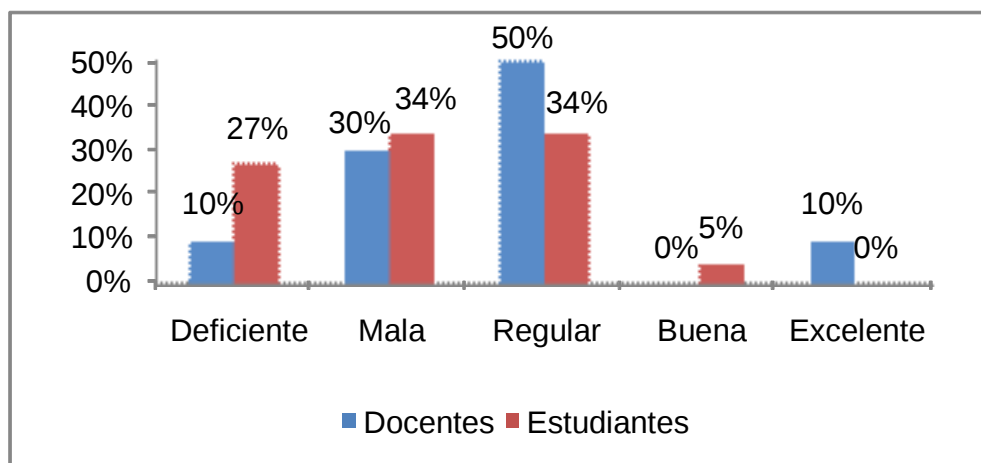
La gran mayoría de docentes y estudiantes piensan que la proyección que brinda la Universidad del Valle sede Palmira en la Licenciatura en educación física y deportes no es la adecuada para atender las necesidades deportivas de la población con discapacidad. (Graf. 5).

Grafico 5. Distribución de frecuencia de la proyección universitaria que brinda la Universidad del Valle sede Palmira en la Licenciatura en educación física y deportes es la adecuada para atender las necesidades deportivas de la población con discapacidad.



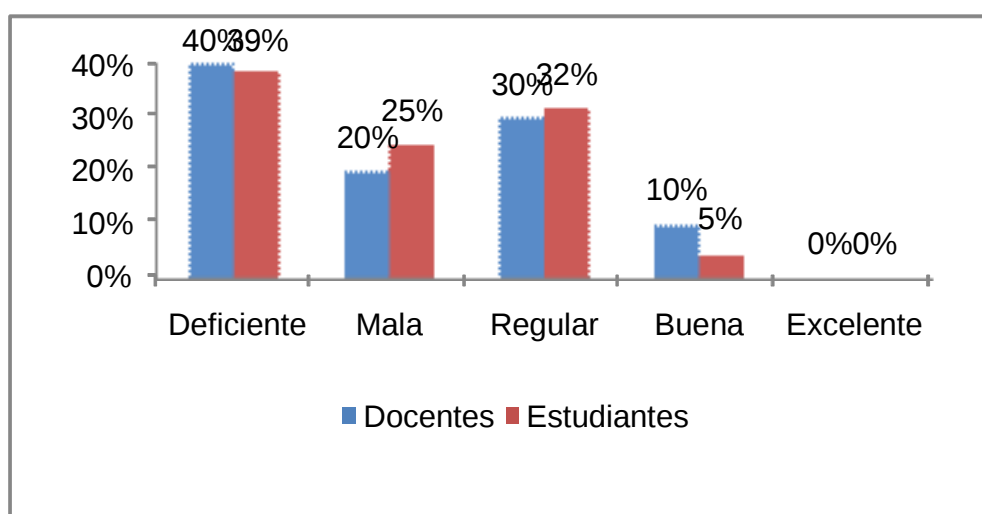
La mayoría de los docentes y los estudiantes califican como regular y mala la formación profesional en materia de discapacidad y deporte de la Universidad del Valle sede Palmira. (Graf. 6).

Grafico 6. Distribución de frecuencia de la calificación en la formación profesional en materia de discapacidad y deporte de la Universidad del Valle sede Palmira.



La mayoría de docentes y estudiantes, catalogan con niveles muy por debajo de lo regular, la experiencia profesional obtenida en el abordaje deportivo de la población con discapacidad. (Graf. 7).

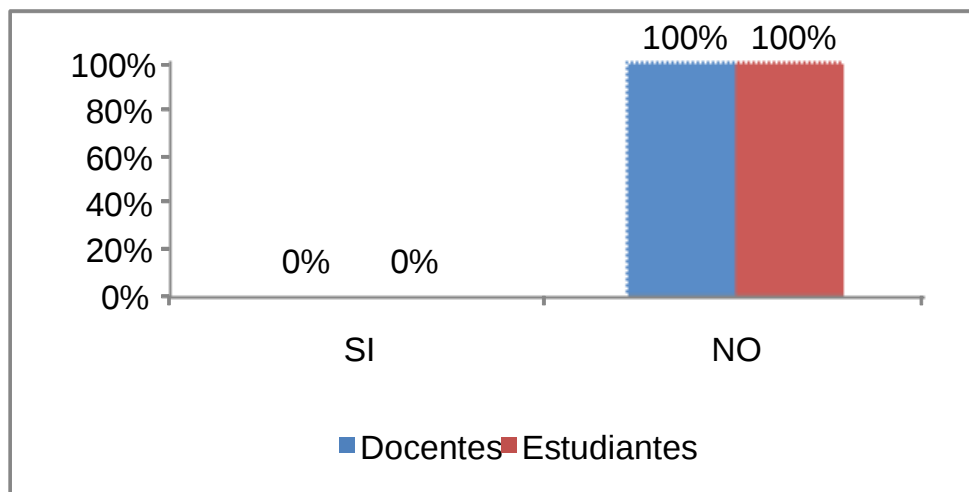
Grafico 7. Distribución de frecuencia de la calificación de la experiencia profesional en el abordaje deportivo de la población con discapacidad.



4.2. ALTERNATIVAS PARA EL DESARROLLO DE UNA PROPUESTA CURRICULAR INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD EN LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA.

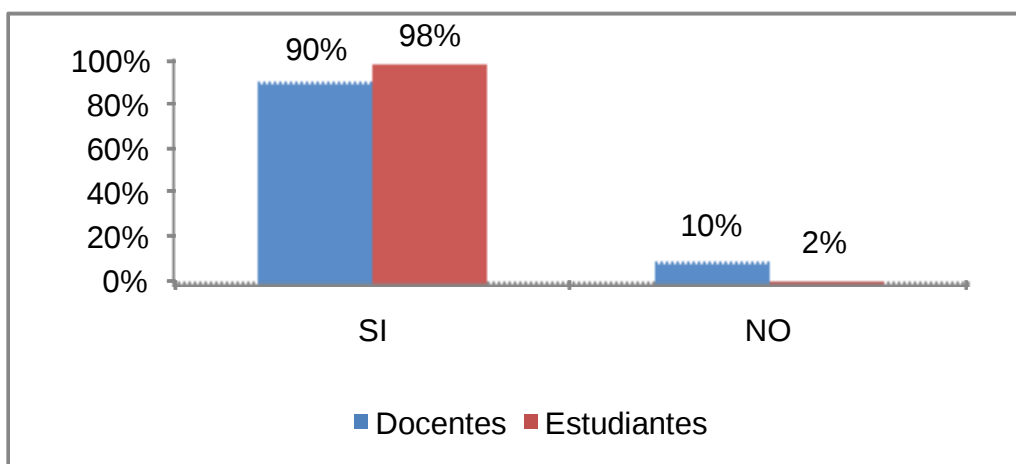
La totalidad de docentes y estudiantes encuestados piensan que la actual oferta educativa en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad no es suficiente para su formación profesional. (Graf. 16).

Grafico 8. Distribución de frecuencia suficiencia (en cantidad y calidad) de la oferta educativa actual para la formación profesional de los estudiantes de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.



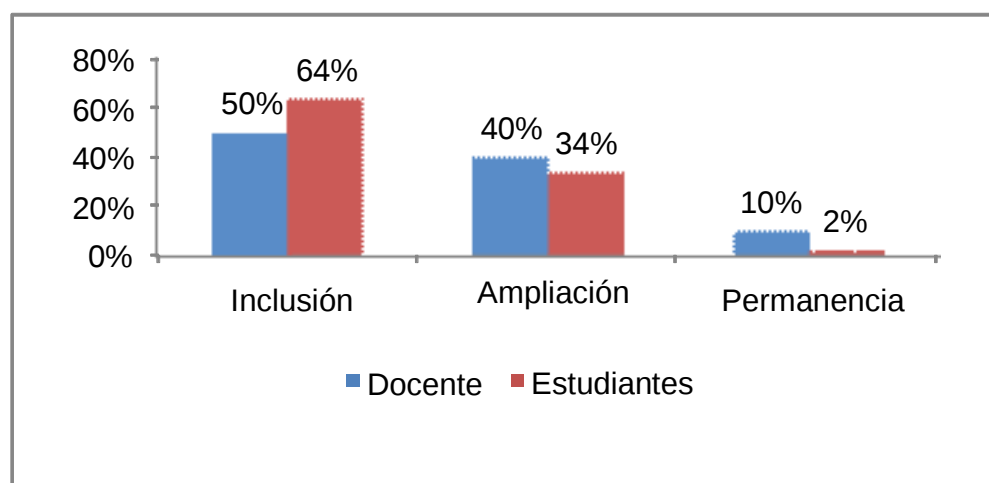
Casi la totalidad de los docentes y estudiantes encuestados consideran necesario replantear el pensum de Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad. (Graf. 9).

Grafico 9. Distribución de frecuencia de la necesidad de replantear el pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.



Más de la mitad de los docentes y estudiantes encuestados consideran necesario que el pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira debería adaptarse con la inclusión de nuevas materias de “Deporte y Discapacidad”. Mientras que la otra parte considera que el pensum debería adaptarse ampliando el campo de acción de las materias existentes. (Graf. 10).

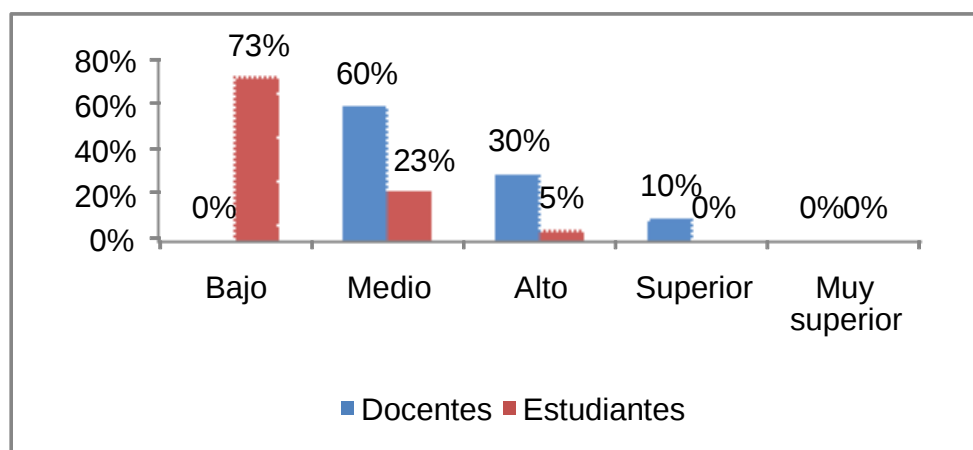
Grafico 10. Distribución de frecuencia de la adaptación del pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad.



4.3. ASPECTOS POR LOS CUALES ES NECESARIO UNA PROPUESTA CURRICULAR INCLUYENTE EN MATERIA DE DISCAPACIDAD EN LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE PALMIRA.

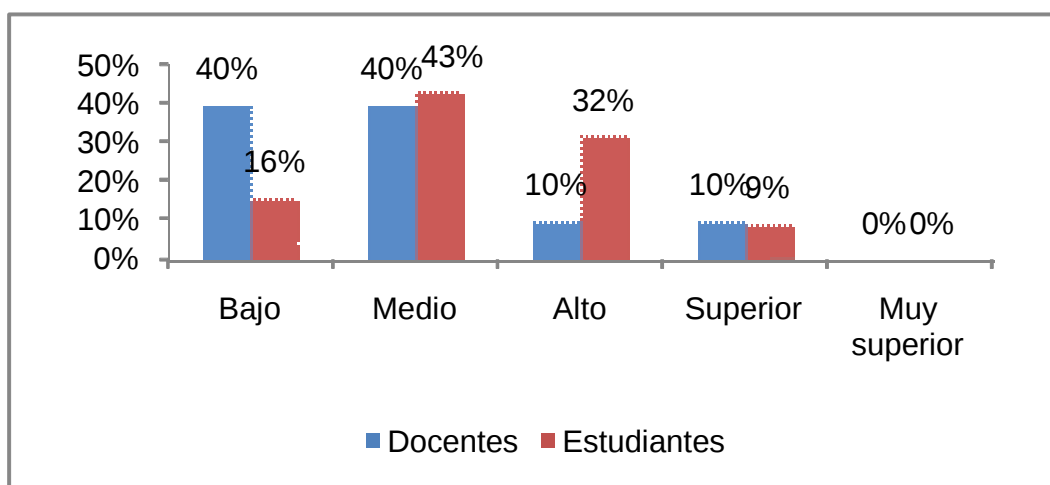
La mayoría de los estudiantes califican su nivel de conocimiento en el abordaje deportivo de la población con discapacidad como bajo y medio, mientras que la mayoría de los docentes se califican dentro de un nivel medio. (Graf. 11).

Grafico 11. Distribución de frecuencia de la calificación del nivel de conocimiento en el abordaje deportivo de la población con discapacidad, de los estudiantes y docentes de la Licenciatura de Educación Física de la Universidad del Valle sede Palmira.



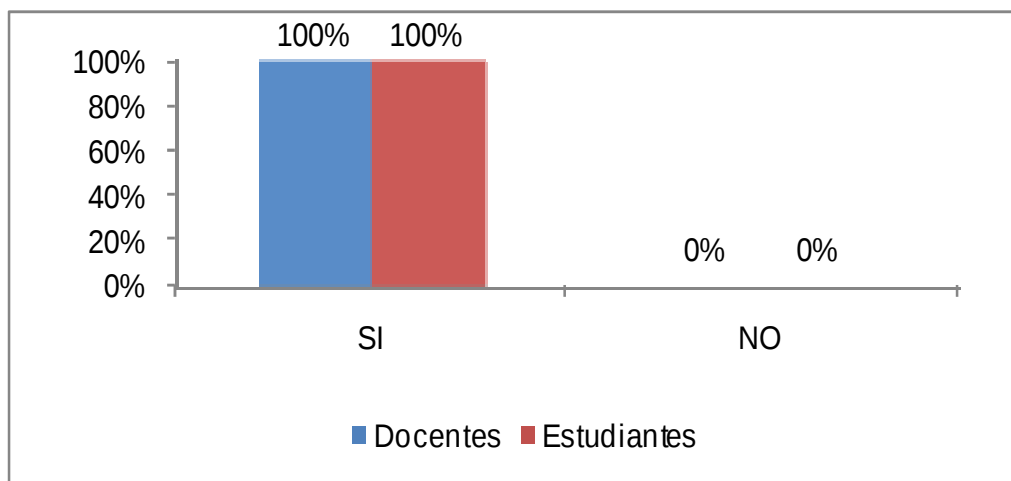
La mayoría de docentes y estudiantes consideran que están en un nivel bajo y medio en cuanto a su condición actitudinal y aptitudinal para el abordaje deportivo de la población con discapacidad. (Graf. 12).

Grafico 12. Distribución de frecuencia del nivel de condición actitudinal y aptitudinal de los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para el abordaje deportivo de la población con discapacidad.



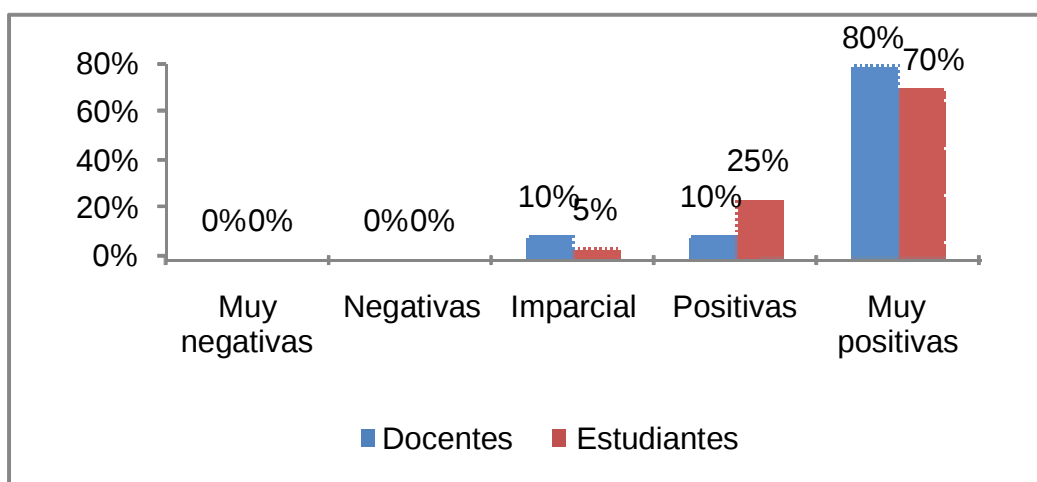
La totalidad de los docentes y estudiantes de la licenciatura en educación física consideran muy importante la práctica deportiva y actividad física para personas con discapacidad. (Graf. 13).

Grafico 13. Distribución de frecuencia de apreciación de la importancia del deporte y/o la actividad física para las personas con discapacidad.



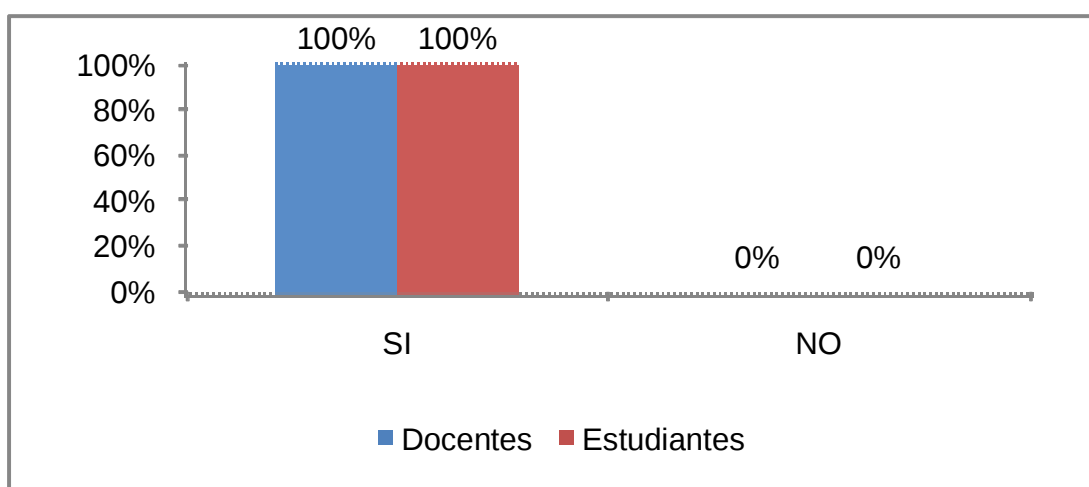
La mayoría de los docentes y estudiantes encuestados consideran como muy positivas las tendencias en deporte y actividad física para la población con discapacidad. (Graf. 14).

Grafico 14. Distribución de frecuencia de las tendencias en deporte y actividad física para la población con discapacidad.



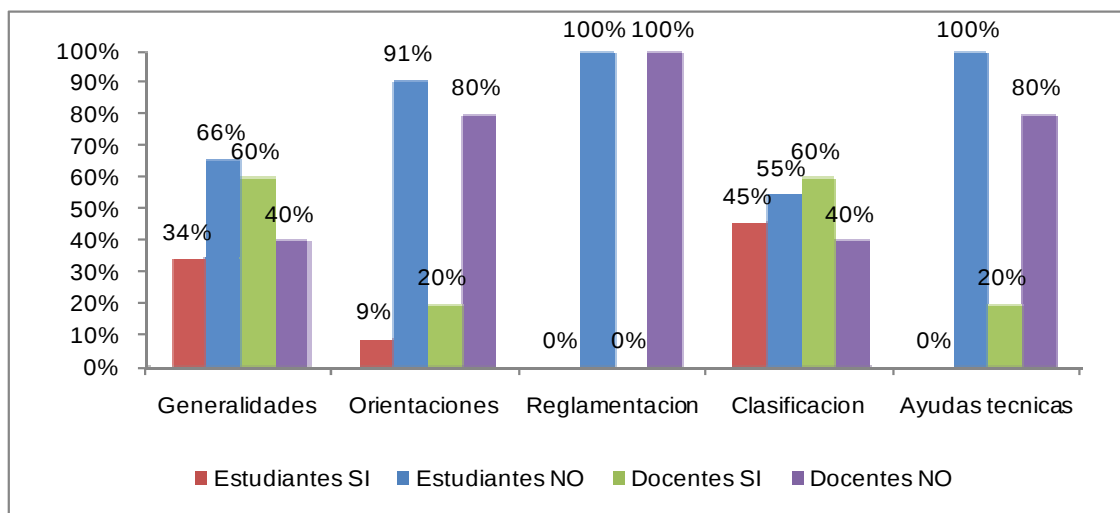
La totalidad de los docentes y estudiantes encuestados reconocen que el abordaje deportivo de la población con discapacidad como un nuevo campo de acción en el quehacer profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes. (Graf. 15).

Grafico 15. Distribución de frecuencia del abordaje deportivo de la población con discapacidad como un nuevo campo de acción en el quehacer profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes.



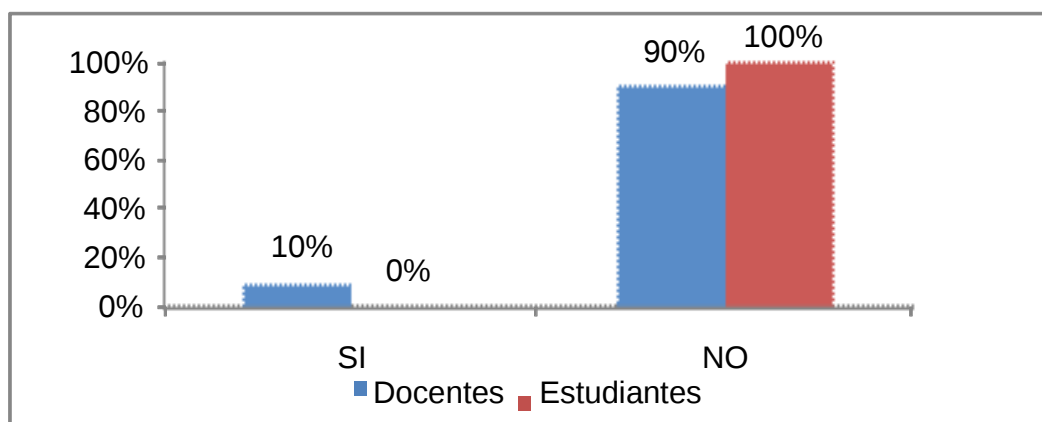
La mayoría de los docentes y estudiantes encuestados piensan que salen poco capacitados en cuanto a generalidades sobre discapacidad, orientaciones pedagógicas, reglamentación deportiva en discapacidad, y apoyos, ayudas técnicas e implementación. La mayoría de los docentes piensan que los estudiantes salen capacitados en clasificación funcional de la población con discapacidad, mientras que la mayoría de los estudiantes encuestados piensan que no lo están. (Gráfica 16).

Grafico 16. Distribución de frecuencia de apreciación de capacitación en generalidades sobre discapacidad, orientaciones pedagógicas, reglamentación deportiva, clasificación funcional y apoyos, ayudas técnicas e implementación deportiva de la población con discapacidad, por parte de los docentes y estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira.



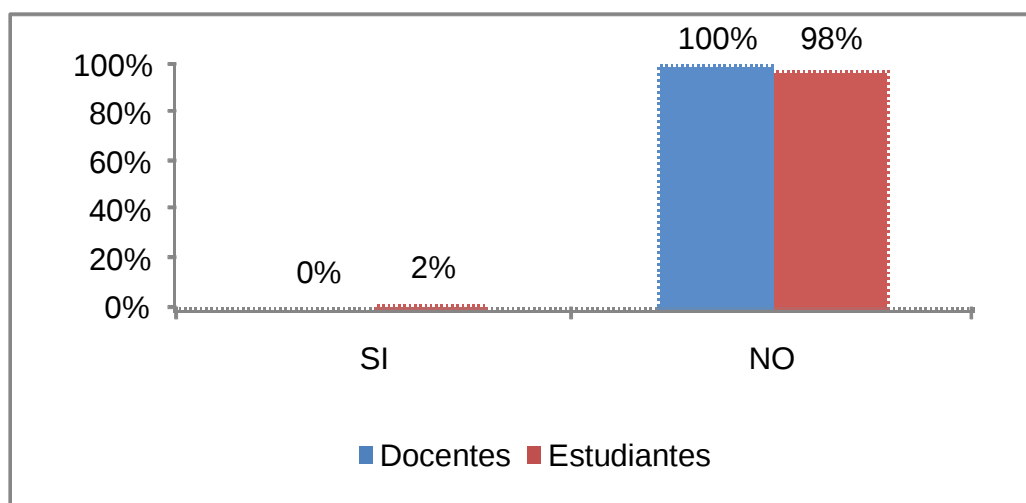
La totalidad de los estudiantes y la gran mayoría de los docentes encuestados desconocen las disposiciones y responsabilidades legales y reglamentarias de los Licenciados en Educación Física y deportes en materia de Educación Inclusiva. (Graf. 17).

Grafico 17. Distribución de frecuencia del conocimiento de las disposiciones y responsabilidades legales y reglamentarias de los Licenciados en Educación Física y deportes en materia de Educación Inclusiva.



Casi la totalidad de los docentes y estudiantes encuestados creen que el perfil del Licenciado de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira no está adaptado para suplir las necesidades deportivas de la población con discapacidad. (Graf. 18).

Grafico 18. Distribución de frecuencia de la adaptación del perfil del Licenciado de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira para suplir las necesidades deportivas de la población con discapacidad.



5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La educación física es una disciplina pedagógica que basa su intervención en el movimiento corporal, para estructurar primero y desarrollar después, de forma integral y armónica, las capacidades físicas, afectivas y cognitivas de la persona, con la finalidad de mejorar la calidad de la participación humana en los distintos ámbitos de la vida, como son el familiar, el social y el productivo.

En este sentido la Licenciatura en Educación Física y deportes de la Universidad del Valle, tiene una gran responsabilidad con todo el colectivo humano, sin contemplar ningún tipo de exclusión por condición étnica, de género, edad, nivel económico, cultural o capacidad funcional.

Por tal motivo se espera que sus egresados tengan amplios conocimientos en el abordaje deportivo de todo tipo de población incluyendo la que tiene discapacidades, pero la realidad que está determinada por la estructura del pensum académico es otra, ya que hay un desconocimiento generalizado de la oferta educativa en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad por parte de los docentes y estudiantes. Aunque recientemente se implementó la asignatura “Deporte y Discapacidad”, a ésta sólo pueden acceder un porcentaje bajo de los estudiantes ya que su condición como materia electiva sometida a votación impide la frecuencia, la periodicidad y la obligatoriedad necesarias para que ésta asignatura haga parte integral del pensum académico.

Por medio de los resultados obtenidos de la encuesta, se logró determinar que gran parte del estudiantado presenta un desconocimiento de la oferta educativa en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad, mientras que por parte de los docentes tienen claro como es la oferta académica (Graf. 1), pero aun así ambos catalogan con muy bajos niveles de aceptación a la actual oferta educativa y concuerdan que existe grandes falencias en la estructura de enseñanza frente a la educación física adaptada con respecto a la complejidad y el abordaje sistemático que requiere la población con discapacidad (Graf. 2 y 3) y aun mas con relación al panorama regional, nacional e internacional de la población con discapacidad. (Graf. 4). Se debe tener en cuenta que este panorama institucional refleja una realidad nacional e internacional acerca de la problemática deportiva de la población con discapacidad ya que aunque no son nuevas estas prácticas, históricamente han carecido del soporte científico requerido para valorizar el deporte en esta población tan vulnerable.

La Universidad del Valle brinda una formación necesaria para el desempeño laboral idóneo en la enseñanza, dirección de la actividad física y deporte, sin embargo, la formación académica y profesional no es la adecuada para atender las necesidades deportivas de la población con discapacidad (Graf. 5), calificando

la formación y la experiencia adquirida por medio de ella como insuficiente, ya que hasta el momento no se han implementado estrategias, materias y/o herramientas para la asimilación del conocimiento y su aplicación en el campo de acción a esta comunidad vulnerable (Graf. 6 y 7); por lo tanto se debe considerar que esta comunidad forma parte de un grupo social que posee los mismos derechos que el resto de la sociedad, y por lo mismo es de vital importancia que cada día se busque mejorar la educación y más aun en los futuros profesionales que estarán al frente de diferentes procesos. De esta manera la institución debe proporcionar una buena enseñanza acerca de este tema que tiene cada vez mas auge.

Siendo la Universidad del Valle una de las más prestigiosas en cuanto a formación y capacitación en todos los campos, es de vital importancia un estudio a fondo de las posibles modificaciones y/o adaptaciones que se le podrían aplicar al actual programa curricular, pensando en las necesidades sociales y culturales actuales, con el fin de mejorar la actual oferta educativa en cuanto a cantidad y calidad (Graf. 8); del mismo modo se debe acrecentar el nivel de capacitación del estudiantado, en busca de un replanteamiento del pensum de la Licenciatura en Educación Física y Deportes (Graf. 9 y 10), ya que según los resultados obtenidos en la entrevista, hay una necesidad manifiesta sobre la inclusión de nuevas materias de “Deporte y Discapacidad” o ya sea la ampliación del campo de acción de las materias existentes, en busca de mejorar los conocimientos de los estudiantes para suplir las necesidades de las personas con discapacidad (Graf. 11), puesto que hasta el momento su capacidad no abarca el nivel de condición actitudinal y aptitudinal para el abordaje deportivo de la población con discapacidad (Graf. 12).

El deporte adaptado y la práctica de actividades físico-recreativas son de gran importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica, debido a que toda persona con alguna discapacidad deberá enfrentar una sociedad construida sobre parámetros “normales”, siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deberán sortear.

El deporte a ser de gran ayuda, sirviendo en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrearán; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la autosuperación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente, la autosuperación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. (Graf. 13 y 14)

La dinámica que se ha venido desarrollando en torno al deporte adaptado ha ido mejorando en gran manera, llegando a ser considerada como un nuevo campo de acción en el quehacer profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes (Graf. 15), aumentando la participación de la sociedad vulnerable a

diversas entidades especializadas, como lo son los clubes deportivos; sin embargo, la poca difusión por parte de los entes competentes y la falta de inclusión en el proceso de enseñanza de esta sociedad vulnerable, han provocado un escollo para mayor cobertura.

Por tal motivo la formación debe de ser una estructura de capacitación en diferentes campos de acción, partiendo de las necesidades de la sociedad a fin de satisfacerlas y la Universidad del Valle en su programa de Licenciatura en Educación Física y Deportes, deben centrarse más a dichas necesidades, a razón de capacitar al estudiantado en cuanto a generalidades sobre discapacidad, orientaciones pedagógicas, reglamentación deportiva en discapacidad, y apoyos, ayudas técnicas e implementación; siendo los encargados de dicha formación los responsables en su enseñanza, para empezar a cambiar desde su área de competencia, la visión que hasta el momento los estudiantes tienen acerca de las personas con discapacidad (Graf. 16), siendo punto de partida en la capacitación del estudiantado en un nuevo campo, puesto que hasta el momento en su gran mayoría desconocen las disposiciones, responsabilidades legales y reglamentarias de los Licenciados en Educación Física y Deportes en materia de Educación Inclusiva (Graf. 17).

Resaltando todo lo anterior, los principales partícipes consideran fundamental y de gran necesidad implementar estrategias loables que promuevan e instruyan al estudiantado en el entrenamiento, guía y manejo de deporte adaptado y discapacidad, que encaminen el perfil profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes (Graf. 18) llegue a convertirse y adaptarse a fin de suplir las necesidades deportivas y recreativas de la población con discapacidad para mejorar su calidad de vida e integración a la sociedad.

Es muy importante evaluar la formación que están recibiendo los futuros profesionales y determinar las principales necesidades de la comunidad, en especial la sociedad vulnerable, a fin de generar una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad hacia la reestructuración de pensum académico de la Licenciatura en Educación Física y Deportes y la modificación del perfil del licenciado con el objetivo de brindar una formación integral.

6. PROPUESTAS CURRICULARES

En razón a las apreciaciones fundadas en las entrevistas individuales estructuradas y en profundidad hechas en esta investigación, se propone a la Universidad del Valle que asuma la responsabilidad de formular una propuesta curricular inclusiva que sea sostenible en el tiempo y que concientice y haga partícipes a docentes y estudiantes de una cultura de inclusión que contemple la Educación Física y los Deportes como una herramienta de acción que repercuta en el ámbito de la salud, la economía, la cultura y el desarrollo deportivo de la población con discapacidad.

Como grupo de alta vulnerabilidad y teniendo en cuenta las últimas reformas tanto del Ministerio de Educación Nacional en cuanto al abordaje y atención de la población con discapacidad en las aulas de clase y de los organismos públicos y privados del Sistema Nacional del Deporte en cuanto al fomento y desarrollo del deporte en esta población, es necesario que los futuros Educadores Físicos, como eslabones imprescindibles dentro de la cadena de cultura física de las personas en general, cuenten con los conocimientos y la experticia necesaria para abordar diversos procesos educativos y deportivos de inclusión, independientemente de la capacidad funcional los individuos.

Una propuesta curricular incluyente comprende un cambio de pensamientos y una ruptura de los paradigmas sociales que generan una falta de oportunidades de la población con discapacidad para superar su condición. Una propuesta curricular incluyente vislumbra el reto de ver y comprender el mundo de la población con discapacidad de una manera diferente, desde la perspectiva de un colectivo perfectamente particularizable, pero no por eso segregable que requiere de profesionales competentes y sensibles a una problemática que hoy en día se encuentra a la luz de la sociedad, pero que está lejos de superarse.

Es por eso que en este apartado se brindan algunas opciones para que la Universidad del Valle sede Palmira desarrolle un papel activo de inclusión educativa y deportiva de la población con discapacidad a través de la formación integral de sus docentes y los estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Deportes, de tal manera que se contemplen otras perspectivas de intervención metodológica y didáctica, que contribuyan a una formación integral de sus futuros profesionales.

De esta manera se exponen a continuación, algunas alternativas para constituir una propuesta curricular incluyente en la Licenciatura de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle, sede Palmira. De antemano se expresa que muchas personas estarán de acuerdo con ellas, y otras sencillamente no; puede que surjan nuevas propuestas, nuevas ventajas y/o desventajas de las mismas, pero al final la reflexión del impacto que de éstas opciones se haga, será el verdadero aporte científico de esta investigación, lo cual redundará en beneficios para la población con discapacidad.

1. PERMANENCIA DE LA ACTUAL OFERTA EDUCATIVA EN DISCAPACIDAD.

En esta propuesta se contempla continuar con la actual oferta educativa en discapacidad, la cual se encuentra dada a través de una materia denominada “deporte y discapacidad”, la cual es una materia opcional dentro del pensum académico de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle, y por lo tanto está sometida a votación para determinar si se abre o no la oferta educativa para el estudiantado.

Ventajas

- Primera respuesta curricular a las necesidades educativas para el abordaje deportivo de la población con discapacidad.
- Ampliación del campo de acción de los Licenciados de Educación Física y Deportes en torno a la discapacidad.
- Contribución a la visibilización del valor del deporte y la actividad física en la población con y sin discapacidad.
- Egresados de la Universidad del Valle sede Palmira más sensibles a la problemática de inclusión de la población con discapacidad.

Desventajas

- Solo unos pocos estudiantes pueden acceder a la materia.
- No tiene carácter de obligatoriedad.
- Pocos profesionales del deporte y ciencias afines capacitados para impartir asignaturas en deporte y discapacidad a nivel municipal, regional y nacional.
- Opción curricular que minimiza la incertidumbre entorno al deporte y la actividad física en la población con discapacidad en los estudiantes de la Licenciatura en educación física y deporte de la Universidad del Valle sede Palmira, pero no cumple con todas las expectativas educativas requeridas para el abordaje de la población.

- Alta generalización de los conceptos de deporte para la población con discapacidad.
- Escaso reconocimiento social de la Universidad del Valle sede Palmira como institución “inclusiva” al servicio de la población con discapacidad.
- Poco empoderamiento institucional para la formulación de políticas públicas en deporte y actividad física para la población con discapacidad.
- Propuesta curricular que obedece a un modelo de integración del deporte en la población con discapacidad.

2. INCLUSIÓN DE NUEVAS MATERIAS DE “DEPORTE Y DISCAPACIDAD”.

En esta propuesta curricular el objetivo es incluir nuevas materias en deporte y discapacidad, pero con mayor especificidad de acuerdo al área de conocimiento que se pretenda desarrollar en el estudiantado, lo que contemplaría entonces crear asignaturas paralelas a las tradicionales que manejan el deporte convencional con la misma intensidad horaria y con la metodología que se desarrolla en las materias de la actualidad, pero con profesionales especializados para cada disciplina y/o asignatura.

Ventajas

- Aumento de la oferta educativa en torno a la discapacidad y el deporte.
- Especificidad en el aprendizaje de conocimientos por parte del estudiantado.
- Egresados de la Universidad del Valle sede Palmira más sensibles a la problemática de inclusión de la población con discapacidad.
- Competencia de los egresados para el abordaje deportivo de la población con discapacidad.
- Reconocimiento social de la Universidad del Valle sede Palmira como institución “inclusiva” al servicio de la población con discapacidad.
- Ampliación del campo de acción de los Licenciados de Educación Física y Deportes en torno a la discapacidad.
- Contribución a la visibilización del valor del deporte y la actividad física en la población con y sin discapacidad.
- Formulación de políticas públicas en deporte y actividad física para la población con discapacidad.
- Construcción de conocimiento basado en la evidencia del deporte en la población con discapacidad.

Desventajas

- Pocos profesionales del deporte y ciencias afines capacitados para impartir asignaturas en deporte y discapacidad a nivel municipal, regional y nacional.
- Altos costos institucionales para la contratación de profesionales para cada materia en deporte y discapacidad.
- Excesiva planta docente para dictar materias en deporte y discapacidad.
- Sobrecarga horaria para los estudiantes.
- Propuesta curricular que obedece a un modelo de separación y/o exclusión educativa para la población con discapacidad.
- Propuesta curricular dependiente de la priorización y dinámica deportiva de la población con discapacidad.

3. AMPLIACIÓN DEL CAMPO DE ACCIÓN DE LAS MATERIAS EXISTENTES O DOTACIÓN DEL CARÁCTER DE “UNIVERSALIDAD” A LAS MATERIAS EXISTENTES.

En esta propuesta curricular se extendería el contenido de las materias ya existentes, incluyendo dentro de su proceso metodológico de enseñanza, el conocimiento pertinente para el manejo de la población con discapacidad.

Ventajas

- Aumento de la oferta educativa en torno a la discapacidad y el deporte.
- Especificidad en el aprendizaje de conocimientos por parte del estudiantado.
- Egresados de la Universidad del Valle sede Palmira más sensibles a la problemática de inclusión de la población con discapacidad.
- Competencia de los egresados para el abordaje deportivo de la población con discapacidad.
- Reconocimiento social de la Universidad del Valle sede Palmira como institución “inclusiva” al servicio de las poblaciones vulnerables.
- Ampliación del campo de acción de los Licenciados de Educación Física y Deportes en torno a la discapacidad.
- Contribución a la visibilización del valor del deporte y la actividad física en la población con y sin discapacidad.
- Formulación de políticas públicas en deporte y actividad física para la población con discapacidad.
- Construcción de conocimiento basado en la evidencia del deporte en la población con discapacidad.

- Pocos costos institucionales para impartir materias que incluyan al deporte en las personas con discapacidad al aprovechar los profesionales existentes en la planta docente.
- Muy poco aumento de la planta docente para orientar los procesos de deporte en la población con discapacidad.
- Propuesta curricular que obedece al mejor concepto educativo para la integración y/o inclusión del deporte para la población con discapacidad.

Desventajas

- Pocos profesionales del deporte y ciencias afines capacitados para impartir asignaturas en deporte y discapacidad a nivel municipal, regional y nacional.
- Miedo, inseguridad, discriminación y/o indiferencia hacia el trabajo deportivo de la población con discapacidad.
- Poco soporte científico y literatura para el abordaje específico de la población con discapacidad.
- Propuesta curricular que debe desarrollarse en diversas fases a corto, mediano y largo plazo.

6. CONCLUSIONES

- La actual oferta educativa de la Licenciatura de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de deporte para la población con discapacidad es muy limitada, lo cual produce escasez en la formación educativa de los estudiantes y por ende inadecuados procesos de intervención deportiva específica y sistemática de la población con discapacidad.
- Entre los aspectos más importantes para considerar la formulación de una propuesta curricular incluyente están la falta de conocimiento de los estudiantes y docentes, las deficientes condiciones actitudinales y aptitudinales para el abordaje deportivo de la población tanto de estudiantes como de docentes, las tendencias positivas en cuanto al deporte y discapacidad y la apreciación de este tema como nuevo campo de acción para la intervención del Licenciado en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle.
- Entre las principales ventajas para desarrollar una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira están el aumento de la oferta educativa en torno a la discapacidad y el deporte, la especificidad en el aprendizaje de conocimientos actitudinales y aptitudinales por parte del estudiantado y la ampliación del campo de acción de los Licenciados de Educación Física y Deportes en torno a la discapacidad.
- Entre las principales desventajas para desarrollar una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad en la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira están que hay pocos profesionales del deporte y ciencias afines capacitados para impartir asignaturas en deporte y discapacidad a nivel municipal, regional y nacional; y el poco soporte científico y literatura para el abordaje específico de la población con discapacidad.
- Se debe desarrollar una propuesta curricular inclusiva en materia de discapacidad a lo largo y ancho del pensum académico de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira y no como materia aislada y mucho menos opcional.
- La evaluación y reestructuración del pensum académico trae consigo el planteamiento del nuevo perfil del Licenciado en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, ya que se amplía su campo de acción al estar en un nivel óptimo para el entrenamiento y el manejo del deporte para la población con discapacidad.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda evaluar técnicamente el pensum académico de Licenciatura y Educación Física de la Universidad del Valle sede Palmira, comprobar la viabilidad una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad en cuanto a la práctica de actividad física y deporte.
- Determinar la necesidad de una reestructuración del pensum académico hacia una fundamentación adecuada en torno al deporte adaptado.
- Contratación del personal profesional calificado para la enseñanza y el manejo del deporte adaptado, así los estudiantes tendrán una buena preparación, para ejercer este campo laboral.
- Modificación del perfil del Licenciado en Educación Física, para que su campo de acción abarque a la sociedad vulnerable.
- Se recomienda la continuación de este estudio, donde se incluyan todas las universidades permitiendo la estandarización de la educación, la formación y capacitación de los futuros profesionales para tener un panorama más amplio en cuanto a la competencia, la enseñanza, la guía y manejo deportivo y de la actividad física adaptada para personas en situación de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO DÍAZ, A. L. y ALCEDO RODRÍGUEZ, M. A. III Congreso "La Atención a la diversidad en el Sistema Educativo". Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).
- Caselles V. y Rivas R. 2001. El SAC-C: Primer Satélite Argentino de Observación de la Tierra. Revista de la Asociación Española de Teledetección. Nº 15. 85-87.
- Clarke, T.R. 1997. An empirical approach for detecting crop water stress using multispectral airborne sensors. Hort. Technology 7(1):9-16.
- CUMELLAS RIERA M., ESTRANY FONT C. Discapacidades motoras y sensoriales en primaria, la inclusión del alumnado en educación física, 181 juegos adaptados, unidad didáctica: deporte adaptado. Inde Publicaciones. España, 2006.
- CUMELLAS RIERA, M.: "Alumnos con discapacidades en las clases de Educación Física convencionales". *Lecturas de Educación Física y deportes*. Buenos Aires - Año 5 - Nº 23 - Julio 2000.
- EUSSE CASTRO E.D. Educación física y discapacidad: prácticas corporales inclusivas. Funámbulos Editores. Colombia, 2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Políticas sobre discapacidad. Doc. I - Bogotá D.C. 2006.
- MORENO M. L., NAVARTE V. Educación Física en el discapacitado, Un recorrido hacia la posibilidad. Landeira Ediciones S.A. Quilmes, Argentina. 2004.
- UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA Y GRUPO EDUCATIVO. Curso de Especialista Universitario en "Deporte y Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad" http://sek-portal10.ucjc.edu/portal/page/portal/ucjc/Especialista_Deporte_Personas_Disapacidad. Consulta realizada el 10 de septiembre de 2.009.
- Varios autores (1993). *Niños con Necesidades Educativas Especiales*. (Tomo 1). Colombia: Alfaomega.

PÁGINAS DE INTERES:

- http://menweb.mineducacion.gov.co/educacion_superior/numero_08/011.htm
- <http://www.efdeportes.com/efd131/la-educacion-fisica-y-la-formacion-integral-del-hombre.htm>
- <http://www.maixua.com/modules.php?name=Conteni2&pa=printpage&pid=61>
- <http://www.who.int/classifications><http://discapacidadcolombia.com/index.php/icf/wha-sp.pdf>
- http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2006/discapacidad/tematico/educacion/SALAMA_S.pdf
- <http://educacioninclusiva.org/>

ANEXOS

ANEXO # 1

ENCUESTA PARA LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA Y DEPORTES

SEMESTRE: _____

FECHA DEL REGISTRO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

1. ¿Conoce acerca del término de discapacidad y su clasificación?

SI (1) NO (2)

2. ¿Cómo califica la dinámica en los últimos años que se ha desarrollado en torno al deporte en personas con discapacidad?

(1) (2) (3) (4) (5).

3. ¿Cuán importante cree usted que es para las personas con discapacidad la realización de alguna actividad física ya sea recreativa, competitiva y/o terapéutica?

(1) (2) (3) (4) (5)

4. ¿Existe una materia al interior del pensum educativo de pregrado que enfoque el quehacer profesional de los egresados hacia la prestación de servicios deportivos para la población con discapacidad?

SI (1) NO (2)

5. ¿Los futuros licenciados en educación física y deportes salen capacitados con los siguientes ítems con relación al deporte y actividad física para personas con discapacidad?

- A. Conocimiento en selección, evaluación y especialización deportiva.
- B. Conocimiento en juzgamiento.
- C. Conocimiento en educación funcional.
- D. Conocimiento en discapacidad.
- E. Conocimiento en implementación deportiva.

(1) (2) (3) (4) (5)

6. ¿Cree que con una sola materia de deporte y discapacidad que se ofrece en el pensum de licenciatura en educación física y deportes, es suficiente para salir capacitados en los ítems anteriores?

SI (1) NO (2)

7. ¿En qué nivel de conocimiento crees que te encuentras en cuanto a la enseñanza de deporte adaptado y actividad física para personas con discapacidad?

(1) (2) (3) (4) (5)

8. ¿Cómo catalogas el pensum del programa de licenciatura en educación física y deportes respecto a la enseñanza y capacitación en el área de deporte adaptado y manejo de personas con discapacidad?

(1) (2) (3) (4) (5)

9. ¿Cuál crees que es la necesidad de implementar materias fundamentales en la licenciatura en educación física y deportes acerca del manejo de personas con discapacidad y deporte adaptado?

(1) (2) (3) (4) (5)

10. ¿Cree usted que la universidad del valle brinda las herramientas necesarias para el desempeño laboral idóneo en la enseñanza y dirección de la actividad física y deporte en todos los campos?

(1) (2) (3) (4) (5)

11. ¿Cómo futuro profesional en qué nivel de capacitación crees que te encuentras para la enseñanza, guía y entrenamiento deportivo para personas con discapacidad?

(1) (2) (3) (4) (5)

12. ¿Cómo catalogas al personal encargado de la formación del estudiantado de la licenciatura en educación física y deportes?

(1) (2) (3) (4) (5)

13. ¿Considera usted que es necesario replantear el pensum de licenciatura en educación física y deportes e implementar materias fundamentales en el manejo de deporte adaptado y actividades físicas para mejorar los conocimientos de los estudiantes acerca de la discapacidad?

SI (1) NO (2)

ANEXO # 2

ENCUESTA PARA DOCENTES Y ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA Y DEPORTES

FECHA DEL REGISTRO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

OFERTA EDUCATIVA EN MATERIA DE DISCAPACIDAD EN UNIVALLE

1. ¿Conoce usted cuál es el contenido de la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad?

SI (1) NO (2)

2. ¿Cómo califica la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad?

EXCELENTE (5)
BUENA (4)
REGULAR (3)
MALA (2)
DEFICIENTE (1)

3. ¿Cómo califica la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto a la complejidad y el abordaje sistemático que requiere la población con discapacidad?

EXCELENTE (5)
BUENA (4)
REGULAR (3)
MALA (2)
DEFICIENTE (1)

4. ¿Cómo califica la oferta educativa de la Universidad del Valle sede Palmira en materia de educación física adaptada respecto al panorama regional, nacional e internacional de la población con discapacidad?

EXCELENTE (5)
BUENA (4)
REGULAR (3)
MALA (2)
DEFICIENTE (1)

5. ¿Cree usted que la proyección universitaria que brinda la Universidad del Valle sede Palmira en la Licenciatura en educación física y deportes es la adecuada para atender las necesidades deportivas de la población con discapacidad?

SI (1) NO (2)

6. ¿Cómo estudiante de la licenciatura y docente de la Universidad del Valle sede Palmira, como califica su formación profesional en materia de discapacidad y deporte?

EXCELENTE (5)
BUENA (4)
REGULAR (3)
MALA (2)
DEFICIENTE (1)

7. ¿Cómo estudiante de la licenciatura y docente de la Universidad del Valle sede Palmira, como califica su experiencia profesional en el abordaje deportivo de la población con discapacidad?

EXCELENTE (5)
BUENA (4)
REGULAR (3)
MALA (2)
DEFICIENTE (1)

8. ¿Cree usted que con la oferta educativa actual en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad es suficiente (en cantidad y calidad) para la formación profesional de los estudiantes de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira?

SI (1) NO (2)

9. ¿Considera usted que es necesario replantear el pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad?

SI (1) NO (2)

10. ¿Cómo cree usted que debería adaptarse el pensum académico de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para mejorar la formación profesional de los estudiantes en materia de educación física adaptada a la población con discapacidad?

Inclusión de nuevas materias de “Deporte y Discapacidad”	(1)
Ampliación del campo de acción de las materias existentes	(2)
Permanencia de la actual oferta educativa en discapacidad	(3)

11. ¿Cómo participante activo en la Licenciatura de Educación Física de la Universidad del Valle sede Palmira, como califica su nivel de conocimiento en el abordaje deportivo de la población con discapacidad?

MUY SUPERIOR	(5)
SUPERIOR	(4)
ALTO	(3)
MEDIO	(2)
BAJO	(1)

12. ¿Cómo cree usted que se encuentra el nivel de condición actitudinal y aptitudinal de los futuros profesionales de la Licenciatura en educación física y deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, para el abordaje deportivo de la población con discapacidad?

MUY SUPERIOR	(5)
SUPERIOR	(4)
ALTO	(3)
MEDIO	(2)
BAJO	(1)

13. ¿Considera usted importante el deporte y/o la actividad física para las personas con discapacidad?

SI (1) NO (2)

14. ¿Cómo considera usted las tendencias en deporte y actividad física para la población con discapacidad?

MUY POSITIVAS	(5)
POSITIVAS	(4)
NI POSITIVAS NI NEGATIVAS	(3)
NEGATIVAS	(2)
MUY NEGATIVAS	(1)

15. ¿Reconoce usted el abordaje deportivo de la población con discapacidad como un nuevo campo de acción en el quehacer profesional de los Licenciados en Educación Física y Deportes?

SI (1) NO (2)

16. ¿Cree usted que los futuros Licenciados en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira, salen capacitados con los siguientes requisitos mínimos para el abordaje deportivo de la población con discapacidad?

GENERALIDADES SOBRE LA DISCAPACIDAD	SI (1) NO (2)
ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS	SI (1) NO (2)
REGLAMENTACIÓN DEPORTIVA EN DISCAPACIDAD	SI (1) NO (2)
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	SI (1) NO (2)
APOYOS, AYUDAS TÉCNICAS E IMPLEMENTACIÓN	SI (1) NO (2)

17. ¿Conoce usted las disposiciones y responsabilidades legales y reglamentarias de los Licenciados en Educación Física y deportes en materia de Educación Inclusiva?

SI (1) NO (2)

18. ¿Cree usted que el perfil del Licenciado de Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle sede Palmira está adaptado para suplir las necesidades deportivas de la población con discapacidad?

SI (1) NO (2)

UNIVERSIDAD DEL VALLE
PALMIRA
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA

Formulario de Autorización de Publicación de Proyectos y Tesis Electrónicas

Fecha de Entrega 2010 / 02 / 10
Año /mes/ día

1. Identificación de la Tesis o Proyecto de Grado
(Marque con una X que corresponda)

Pregrado ☒ Especialización ☐ Maestría ☐

Nombre del Alumno: ANDRES MAURICIO MINA VALLEJO
Dirección: CRA 19 # 25 – 07
Teléfono: 318 557 4509
e-mail: mao819@hotmail.com

Nombre del Alumno: JULIETH ROSANA TABORDA PULIDO
Dirección: Calle 35e # 4a - 03
Teléfono: 310 838 8623
e-mail: jesua.2000@hotmail.com

Facultad, Escuela, Instituto: Educación y Pedagogía
Programa Academico: Licenciatura en Educacion Fisica y Deportes
Titulo que Opta: Licenciado en Educacion Fisica y Deportes
Asesor: Holbein Giraldo

Temas de tesis o Proyecto de Grado: Determinación de la necesidad de una propuesta curricular incluyente en materia de discapacidad de la licenciatura en educación física y deportes de la universidad del valle sede Palmira.

Temas Tesis o Proyecto de Grado: (Palabras Claves de 3 a 5 términos)
--

Educación Física, Educación Inclusiva, Deporte y Discapacidad, Clasificación de la Discapacidad, Propuesta Curricular Incluyente.

2. Autorización de Publicación de Versión Electrónica de la tesis o Proyecto de Grado.

Por medio de este escrito Autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a la Universidad del Valle, para situar en la Biblioteca de la Sede un ejemplar del trabajo con el fin de ser consultado por el público.

Igualmente autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido en publicar en forma electrónica o divulgar por medio electrónico el texto del trabajo con el fin de ser consultado por el público en <http://palmira.univalle.edu.co/biblioteca>.

Toda persona que consulte ya sea la biblioteca o en medio electrónico podrá copiar apartes del texto citando siempre las fuentes, es decir el título del trabajo y el autor.

La universidad no será responsable de ninguna reclamación que pudiera surgir de terceros que invoquen autoría de la obra que presento.

Publicación electrónica

X	Autorizo la publicación de todo el texto
X	Autorizo la publicación de la reseña bibliográfica
X	Autorizo la publicación parcial del contenido

El texto de la tesis debe ser entregado en Acrobat, como archivo pdf

El formato tiene que ser en CD-ROM

Firmas	Cedula
ANDRES MAURICIO MINA VALLEJO	14'699.483
JULIETH ROSANA TABORDA PULIDO	29'686.786