



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA**

Memoria para optar al Título Profesional de Kinesiólogo

**“Deporte Adaptado y Situación de Discapacidad:
Explorando la Vivencia desde la Mirada Cualitativa”**

Autores: Patricia Ferreira Quinteros
Javiera Trincado Duque

Profesor Guía: Enrique Portales Tapia

Santiago, Julio 2013



TUM
Kinc
F383dc
20B



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

I. Identificación del autor

Nombre del alumno : <i>Patricia Ferrera Quintero</i>	
Dirección : <i>Cuis Durand 3530</i>	
Teléfono : <i>83600289</i>	E-mail : <i>patricia.ferrera.g@gmail.com</i>
Carrera : <i>Kinesiología</i>	
Facultad : <i>Artes y Ed. Física</i>	Departamento : <i>Kinesiología</i>
Título al que opta : <i>Kinesiólogo</i>	

II. Identificación de la Tesis

Título de la Tesis : <i>Deporte Adaptado y situación de discapacidad; explorando la vivencia desde la mirada cualitativa.</i>
Profesor Guía : <i>Enrique Portales</i>
Palabras claves (6 términos) <i>Deporte Adaptado, Bóchas, Cualitativo, Discapacidad, Inclusión</i>

III. Autorización

A través de este formulario autorizo al Sistema de Bibliotecas (SIBUMCE) de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a publicar la versión electrónica de mi trabajo de titulación.

Autorizo

No autorizo



Firma del alumno

Dedicado a nuestros amigos del Club Deportivo de la Comuna de El Bosque...

“Por qué todos somos iguales.... No importan nuestras diferencias...

no andar,

ni ver,

no escuchar,

ni sentir...

esto no es una limitación.

Limitación es no tener una oportunidad”.

(Eduardo Galeano)

Agradecimientos

Quiero agradecer, por sobre todo las cosas, a mis padres, por su apoyo e incondicionalidad; por su infinito amor; por ser quienes me infundieron la ética, los valores y el rigor que guían mi transitar por la vida; por enseñarme que el ser una buena persona es siempre lo más importante; y, finalmente, por su eterna fe en mí, a pesar de mis errores, mi porfía, mi mal genio y mis múltiples ocupaciones y distracciones.

A Javiera, por acogerme cuando estaba en problemas, aceptarme como compañera, soportar mis constantes ganas de revisarlo y corregirlo todo, pero, principalmente, por acompañarme en este largo, cansador, sin embargo, hermoso proceso.

Al profesor Enrique Portales por su apoyo, orientación, consejos, enseñanza y, sobre todo, por su confianza en nuestras capacidades.

A Antonella y Marcela, quienes cariñosa y generosamente aceptaron colaborar en nuestro estudio, demostrándome su inmenso afecto y entregándome, además de su conocimiento, su compañía, escucha, apoyo y amistad.

A mis amigos, compañeros de universidad, funcionarios y familia, incluyendo a los que ya no están, debido a que han sido fundamentales en mi crecimiento y desarrollo como persona y me han entregado el afecto, la escucha, la comprensión y el apoyo para lograr terminar este proceso que marca el fin de una de las etapas más importantes de mi vida, en especial, a mis amigas Antonella, Claudia y Marcela, que siempre me acompañaron, me apoyaron y nunca dejaron de creer en mí.

Muchas gracias a todos.

Patricia

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a mis padres, quienes me educaron, apoyaron y aconsejaron en todos los momentos, por amarme durante toda mi vida. Además agradecerle a mi familia, a mis amigos y al Ringo, por brindarme un constante e incondicional apoyo durante todo este proceso; sobre todo a Rocío por su comprensión durante todas mis ausencias y por ser siempre una excelente amiga y apoyo.

A su vez agradecerle a Patricia, que fue un constante apoyo y una excelente compañera durante todo este proceso, por acompañarme y darme fuerzas en esta larga pero hermosa tarea y a Dios que me dio la fuerza necesaria para llegar hasta el final.

Muchísimas gracias.

Javiera

Queremos agradecer a todos quienes participaron en la realización de esta investigación, en especial al Club de Bochas de El Bosque, a nuestros entrevistados, a Antonella y Marcela y nuestro profesor guía Enrique Portales por compartir sus experiencias, entregar sus conocimientos, colaborar y apoyarnos a lo largo de este proceso.

Patricia y Javiera

INDICE

RESUMEN	10
I. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION	12
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	14
3. RELEVANCIA.....	16
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	18
II. MARCO REFERENCIAL.....	20
1. DISCAPACIDAD	21
2. INCLUSIÓN	32
3. REHABILITACIÓN	39
4. CALIDAD DE VIDA	50
5. HABILIDADES	56
6. AUTOCONCEPTO.....	59
7. DEPORTE ADAPTADO.....	64
8. SITUACION DE DISCAPACIDAD EN CHILE	72
9. COMUNA EL BOSQUE	82
10. CLUB DEPORTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNA DE EL BOSQUE	86
III. DISEÑO METODOLÓGICO	93
1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	96
2. EQUIPO INVESTIGADOR.....	98
3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y DEL ESCENARIO	98
4. INGRESO Y SALIDA DEL CAMPO	102
5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	102
6. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	108
7. OBTENCIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	113

8. REDACCIÓN DE DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES.....	115
9. CRITERIOS DE RIGOR.....	115
IV. RESULTADOS	119
1. CONTEXTO DE DISCAPACIDAD	122
2. EXPERIENCIA EN BOCHAS	139
3. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LAS HABILIDADES	147
4. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN EL AUTOCONCEPTO	154
.....	
5. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LA PARTICIPACIÓN E	
INCLUSIÓN	157
6. CALIDAD DE VIDA	169
V. CONCLUSIONES	179
1. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LAS	
HABILIDADES MOTORAS	180
2. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN EL	
AUTOCONCEPTO.....	182
3. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LA	
SENSACIÓN DE PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL	187
4. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LA	
CALIDAD DE VIDA	191
VI. DISCUSION	194
1. INFLUENCIA EN LAS HABILIDADES MOTORAS.....	195
2. INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO.....	197
3. INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN	199
4. INFLUENCIA EN LA CV	202
VII. CONSIDERACIONES FINALES	209
1. DISCAPACIDAD.....	210
2. INCLUSIÓN.....	217

3. REHABILITACIÓN	222
4. DEPORTE ADAPTADO	225
5. METODOLOGÍA	229
6. LIMITACIONES.....	232
7. FUTURAS INVESTIGACIONES	233
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	237
IX. ABREVIATURAS	248
X. ANEXOS.....	252

RESUMEN

La supervivencia de las personas en situación de discapacidad (PeSD) ha aumentado a través del tiempo, incrementando por ende, la población bajo esta condición. Esta situación ha motivado diversas modificaciones legales en pro de la protección de estas personas en el ámbito de la salud, educación, entre otros. Para lograr este objetivo, fue necesario el desarrollo de acciones en el marco de la inclusión, traduciéndose en lo concreto en la formación de espacios y la creación de actividades orientadas para personas en y sin situación de discapacidad, disminuyendo la segregación y la discriminación en diferentes ámbitos de la vida como la recreación, la cultura y el deporte. Es así como el deporte adaptado (DA) surge y se transforma en una estrategia fundamental para lograrlo, ya que permite que las brechas en cuanto a las distintas habilidades que pueda necesitar su práctica, se vean disminuidas al adaptar algunas características de éstos, para que de esta manera el deporte pueda ser desarrollado por todas las personas.

Por otro lado, la literatura reporta beneficios físicos, psicológicos y sociales a partir de esta actividad, y es por este motivo que surge nuestro interés de acercarnos a esta experiencia en particular, para conocerla desde el punto de vista de las PeSD que lo practican, comprender de qué manera viven su experiencia, y cómo ellos perciben que les otorga beneficios en su cuerpo y calidad de vida.

El enfoque metodológico escogido para esta investigación fue de tipo cualitativo, utilizando el estudio de casos como estrategia, ya que éste nos permitió comprender cómo el individuo involucrado percibe desde su contexto lo que sucede a su alrededor y cómo lo interpreta y siente. La recolección de datos se realizó a través de la observación participante (OP) y la entrevista en profundidad (EP). Para lograr nuestros objetivos observamos al Club de Bochas del Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque por alrededor de 4 meses y entrevistamos a 6 de los miembros, los cuales llevaban practicando el deporte como mínimo 6 meses. Los resultados obtenidos por esta investigación indicaron que los jugadores percibieron cambios positivos relacionados a la adquisición y mejora de las habilidades

motoras (HM), la mejora del autoconcepto (AC), mayor participación e inclusión y una mejora de su calidad de vida (CV). Estos beneficios se relacionaron con un cambio en la forma de conceptualizarse de incapaces a deportistas, personas capaces y con mayores habilidades sociales, permitiéndoles enfrentarse de mejor forma a la sociedad y favoreciendo su proceso de inclusión, entre otras. Junto a lo anterior, los mismos jugadores de bochas percibieron y consideraron que la práctica de DA fue capaz de proporcionar diversos beneficios no sólo para ellos, sino que también para la sociedad en general.

I. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION

I. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la discapacidad sigue siendo un desafío para los principales organismos encargados de velar por el cumplimiento de los derechos humanos y por el desarrollo de los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó el año 2011 que el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor del 15% de la población mundial, superando los mil millones de personas (OMS y Banco Mundial, 2011).

A través de la historia, han existido cambios drásticos en la forma de comprender la discapacidad, influenciados principalmente por la cultura y las creencias de la época (Fernández, 2008). Actualmente, a partir de los cambios realizados en la década del '60 y '70 tras los primeros atisbos del modelo biopsicosocial, la discapacidad, cualquiera sea su tipo, es entendida y definida por la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF) como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (OMS, 2001), comprendiéndola, de esta forma, como un escenario relacionado al contexto en el que se encuentra inserto, donde este es el que genera que la persona se encuentre en una situación de discapacidad. Es a partir de esta definición, que el término más aceptado en la actualidad para referirse a estas personas es el de “personas en situación de discapacidad” (PeSD).

La discapacidad, entendida en su contexto social, es mucho más que una mera condición, es una experiencia de diferencia y, con frecuencia, de opresión y exclusión. Pese a los importantes avances, las PeSD continúan enfrentándose a barreras sociales y aún suscitan actitudes negativas en muchas sociedades. El costo de esta exclusión y discriminación es enorme, en términos de oportunidades perdidas y mala calidad de vida (CV), para estas personas y sus familias. Además, este costo incluye el potencial que pierde la sociedad, dadas las contribuciones sociales, económicas y culturales que estas personas podrían hacer en circunstancias de mayor equidad e inclusión (OMS y col, 2011; Right to play y Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2008;

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC), 2005).

En la actualidad, existe un consenso entre las principales organizaciones internacionales que indica que el principio orientador de los esfuerzos en todos los ámbitos de la sociedad es el principio de inclusión. Para cumplir con este y disminuir el impacto que tiene la situación de discapacidad en términos de exclusión, se han planteado distintas estrategias a nivel internacional, entre estas, aumentar la inclusión de las PeSD por medio de la participación, y un camino para ello es la práctica de deporte adaptado (DA). El deporte para las PeSD no es un concepto nuevo, pero su pleno potencial como medio poderoso y de bajo costo para la promoción de una mayor inclusión y mayor bienestar de estas sólo está empezando a comprenderse (OMS, 2012; ONU, 2006; Right to play y ONU, 2008).

2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Debido el envejecimiento progresivo de la sociedad, al aumento de las enfermedades crónicas y a los avances tecnológicos en el campo de la medicina, se ha producido un incremento en el número de PeSD a nivel mundial. En Chile, según el Censo 2012 (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2012), alrededor del 13% de la población padece de algún tipo de discapacidad, ya sea adquirida o congénita, variando entre sus distintos tipos y estados de gravedad. Esta nueva situación demográfica ha sido motivo de modificaciones legales en pro de la protección de estas personas en el ámbito de la salud, educación, participación, entre otros.

En beneficio de las PeSD, y a favor de un entorno más inclusivo, se han realizado diversos cambios en las legislaciones y programas, los cuales buscan, a través de distintas estrategias, modificar el entorno, antes mucho más agresivo y exclusivo; y crear leyes que protejan los derechos de estas personas (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) y Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), 2006). Sin embargo, estas legislaciones y políticas no les han dado la importancia ni el financiamiento necesario a aspectos tan relevantes como la participación y el acceso igualitario a actividades de ocio, de

esparcimiento y recreativas, a pesar de que estas son importantes para la salud, el bienestar y para fortalecer la cohesión de la comunidad (OMS, 2012).

Dentro de estas actividades, el deporte y sus características, colaboran en el proceso de alcanzar los objetivos de las leyes y políticas que nuestro país pretende conseguir, las cuales son guiadas y orientadas por lo que establecen los organismos internacionales. El deporte ayuda a mejorar el nivel de inclusión y el bienestar de las PeSD de dos maneras: al cambiar la forma en que las comunidades piensan y sienten sobre la discapacidad, y al cambiar lo que estas piensan y sienten sobre sí mismas (OMS, 2012; ONU, 2006; Right to play y ONU, 2008). A partir de este marco, el realizar DA se convierte en un aspecto fundamental, ya que permite que las brechas en cuanto a las distintas habilidades que pueda necesitar su práctica, se vean disminuidas al adaptar algunas características de éstos, para que de esta manera puedan ser desarrollados por todas las personas, incluidas las PeSD.

Si bien, la práctica del DA ha ido en crecimiento, reflejado en la existencia de distintas instancias de competición a nivel internacional, federaciones, disciplinas deportivas y constantes publicaciones; aún faltan esfuerzos para lograr que esta sea inclusiva, ya que sigue siendo simplemente un área más en la que se perpetúan las actitudes y prácticas discriminatorias hacia las PeSD, e incluso en los casos que se decide hacer del deporte una opción más accesible e inclusiva, si no se dan los pasos básicos para promover la comprensión, el conocimiento y la comunicación de cómo adaptarlo adecuadamente, se puede exacerbar la intolerancia y prolongar el divisionismo (Right to play y ONU, 2008). Es así como se evidencia que aún hacen falta investigaciones en torno al DA, sobre sus beneficios y cómo implementarlo.

En Chile, si bien el DA no es muy conocido, desde la década del '90 se han formado decenas de clubes y federaciones dedicadas a éste a lo largo del país, concentrándose, en su mayoría, en la capital (Instituto Nacional del Deporte (IND), 2011). Al ser un movimiento que va en aumento, los representantes de los clubes y federaciones, en conjunto con los deportistas, se han empoderado y han comenzado a exigir y hacer valer sus derechos. Respecto a las políticas nacionales concretas para expandir el movimiento,

hasta el día de hoy se desconocen, ya que muchas de estas iniciativas fueron creadas a partir de la necesidad de la misma comunidad y no como un plan de Gobierno. Es claro que no se conoce la situación actual de Chile, cómo los clubes implementan y mantienen el DA y qué genera en sus participantes el practicarlos, tomando en cuenta que la forma en que estos viven el deporte está influenciado por el contexto específico del país y de la comunidad en la que se desenvuelven.

Por lo anteriormente dicho, el foco de esta investigación se centrará en conocer en profundidad la experiencia de quienes practican el DA y cómo este influye en distintos aspectos de sus vidas.

3. RELEVANCIA

El DA por su potencial de entregar diversos beneficios a nivel motor, psicológico, cognitivo, social, y fomentar la participación e inclusión, se establece como una buena herramienta de rehabilitación utilizable por los profesionales de la salud. Es por esto que para Kinesiólogos y profesionales de la salud, el DA se transforma en una relevante e interesante línea de investigación que nos puede brindar un instrumento para trabajar en torno a la rehabilitación, la discriminación y segregación, convirtiéndonos en promotores de la inclusión social al impulsar el DA en otros escenarios (colegios, universidades, comunidades, entre otros) y al entregarles las herramientas para lograr una mayor participación, transformándonos así en agentes sociales activos a favor de la inclusión. Es así como este aumento de herramientas y participación podría otorgarles distintas oportunidades, entre estas, el acceso al trabajo, ayudando de esta forma a combatir la pobreza de las PeSD, favoreciendo el desarrollo del país.

Con el conocimiento construido en esta tesis, podemos contribuir al desarrollo de futuras líneas de investigación, donde una de ellas es cómo el DA aporta en el proceso de rehabilitación de las PeSD, y otra, relacionada al enfoque de investigación, en el que le damos importancia a considerar el punto de vista de los destinatarios de nuestras acciones de rehabilitación. En relación a esta última idea, ya que el foco de esta tesis se centró en dar a conocer las distintas perspectivas que tienen las PeSD que practican DA, es relevante

destacar e indagar en el aporte que significa conocer cómo viven y sienten los procesos sanitarios los propios beneficiarios de nuestras acciones profesionales, ya que, al apreciar la influencia que tienen en sus vidas, nos permitirá generar mejoras más significativas para ellos, valorando la importancia de entender la individualidad y particularidad del sujeto al momento de enfrentarse a este y plantear los objetivos de nuestra intervención.

Al mismo tiempo, a través de esta investigación, buscamos recopilar antecedentes para la promoción de un tipo de terapia más integral, llevando el proceso de rehabilitación fuera del marco clínico, e introducirlo en otro escenario, incluyendo de esta forma a la comunidad, y potenciando, desde el marco de la CIF y la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), la participación de las PeSD en ésta. Además, con esta tesis cumplimos con parte de las peticiones de la OMS y la ONU, la cual motiva a los profesionales de la salud a investigar en torno a discapacidad y soluciones para los problemas que esta conlleva, para así fomentar la financiación de estas. Es por esto que, en el caso de este estudio, consideramos pertinente conocer la importancia que el DA y los beneficios adjuntos a su práctica, tienen en las PeSD, en su CV, inclusión, participación, autoconcepto (AC) y habilidades motoras (HM).

A su vez, mediante el conocimiento generado en esta tesis, develamos cómo este cambio de ambiente y el participar en este tipo de actividades, influye en la relación que la persona posee con su entorno, y como éste puede tener un papel en el cambio de visión que la comunidad y la sociedad tiene sobre la discapacidad.

Finalmente, ésta investigación busca dar pie a ampliar nuestro campo de acción como Kinesiólogos, hacia la intervención social y hacia el DA como una alternativa complementaria a la rehabilitación.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

4.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A partir del problema planteado surgieron las siguientes preguntas que guiaron nuestra investigación.

- *¿Cómo influye la práctica de deporte adaptado en la vida de los participantes? ¿Sienten ellos que beneficia su calidad de vida?*
- *A partir de sus experiencias ¿Cuál es el papel que cumple el deporte adaptado en la inclusión y en su participación social?*
- *Según la opinión de los participantes ¿De qué manera se relaciona la práctica de deporte adaptado con sus habilidades motoras y autoconcepto?*

4.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Estas preguntas intentaremos responderlas en base a los distintos objetivos de nuestra investigación que planteados a continuación:

a. Objetivo General

Conocer en profundidad la experiencia de los integrantes del equipo de bochas del Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque con la práctica del deporte adaptado y cómo ésta influye, desde sus perspectivas, en distintos ámbitos de su vida.

b. Objetivos Específicos

- Conocer la influencia que tiene la práctica de deporte adaptado en la calidad de vida de los integrantes del Club de Bochas de El Bosque según sus propias percepciones.

- Indagar cómo el deporte adaptado influye en la sensación de inclusión y participación social de los que lo practican, según su propio punto de vista.
- Develar el autoconcepto físico, personal y social de los participantes; y cómo perciben que es influenciado por la práctica de deporte adaptado.
- Profundizar, en relación a las habilidades motoras, cómo los participantes perciben mejoras de éstas, a través de la práctica de deporte adaptado.

II. MARCO REFERENCIAL

II. MARCO REFERENCIAL

1. DISCAPACIDAD

1.1. DISCAPACIDAD A NIVEL MUNDIAL

Actualmente, según el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS y col., 2011), se estima que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad, es decir, alrededor del 15% de la población mundial, superando las estimaciones previas de la OMS del año 1970 de aproximadamente el 10%. El número de PeSD está en aumento debido principalmente a factores como: el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y los adelantos médicos que conservan y prolongan la vida (OMS y col., 2011).

La ONU en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) realizada el año 2006, establece que las PeSD son la minoría más grande del mundo, donde el 80% de estas viven en países en vías de desarrollo y según datos del Banco Mundial, entre el 15 al 20% de los pobres del mundo son PeSD, indicando que la pobreza es tanto una causa como una consecuencia de la discapacidad, donde las personas pobres son más propensas a tenerla y, por su parte, las PeSD a ser pobres (OMS y col., 2011).

A nivel mundial, las causas más comunes de discapacidad informadas por la OMS (2012) incluyen: enfermedades crónicas; enfermedades cardiovasculares; cáncer; lesiones; accidentes de tránsito, caídas; minas terrestres; problemas de salud mental; defectos al nacer; desnutrición; VIH/SIDA; y otras enfermedades transmisibles.

Sin embargo, existe una dificultad para estimar la cantidad exacta de personas que viven en situación de discapacidad en el mundo, debido principalmente a que hay muchas diferencias en las definiciones y conceptos que se utilizan, repercutiendo en las estadísticas de las naciones (OMS, 2012).

Alrededor de esta situación se ha procurado dar una definición al concepto de discapacidad que permita la comunicación de manera uniforme

entre los distintos agentes rectores de la salud, no obstante, es importante conocer y comprender cómo este concepto ha evolucionado durante el tiempo.

1.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

A través de la historia el concepto de discapacidad se ha entendido de diversas formas, influenciado principalmente por la cultura y creencias de la época. Antiguamente, la discapacidad se comprendía en términos mitológicos o religiosos, considerando a las PeSD como personas poseídas por demonios o espíritus, o como un castigo por malas acciones realizadas en el pasado (OMS, 2012), ya sea por ellos o por sus padres. En la antigua Grecia, Hipócrates, padre de la medicina moderna, comenzó a hablar de enfermedad y no de castigo divino (Fernández, 2008).

Durante la Edad Media se reemplazó al médico por el monje y se conservó la creencia de que los trastornos mentales se relacionaban con lo diabólico y lo demoniaco. Es por esto que en esta época la Inquisición apoyó la exterminación de PeSD al creerlas poseídas y culpables por las epidemias y plagas que se presentaban. En algunos casos las PeSD se utilizaban para entretenimientos en circos o cortes, mientras otros, al ser vistos como generadores de lástima, se aprovechaban como un medio para recaudar limosna.

Tras las cruzadas y otras guerras de la época, se incrementaron el número de PeSD, lo que motivó la creación de instituciones, hospitales, asilos, cofradías y hermandades para el cuidado de ellos, principalmente, auspiciadas por la Iglesia, señores feudales y familias (Padilla, 2010). Sin embargo, en estas instituciones seguían siendo marginados sociales y estigmatizados.

En los siglos XIX y XX, debido a los progresos en la ciencia y la medicina, se creó la concepción de que la discapacidad tiene una base biológica o médica, estableciendo que las deficiencias en las funciones corporales y su estructura se asociaban con diferentes condiciones médicas, formando un modelo médico de la discapacidad. Este modelo señala que el problema es del individuo y se enfoca, principalmente, en la cura y el suministro de atención médica por parte de profesionales (OMS, 2012). Sin embargo,

durante el siglo XX se recrudeció la persecución contra las PeSD, donde el hecho más significativa fue lo realizado por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza (Fernández, 2008).

Entre las décadas de 1960 y 1970, se cuestionó el modelo médico y se desarrolló una variedad de enfoques sociales como el modelo social de la discapacidad, donde alejaron la atención de los aspectos médicos de la discapacidad y los enfocaron en las barreras sociales y la discriminación a que se enfrentan las PeSD. La discapacidad se redefinió como un problema social en vez de un problema individual, y las soluciones se enfocaron en remover las barreras y lograr el cambio social; no sólo la cura médica (OMS, 2012). Y siguiendo esta línea, el año 1980 la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM); para unificar los distintos criterios existentes sobre la discapacidad. Las diversas clasificaciones internacionales de la OMS fueron constituyendo una valiosa herramienta para definir conceptos, y describir y comparar la salud de la población dentro de un contexto internacional.

Finalmente, el 22 de mayo del 2001, 191 países miembros de la OMS aprobaron la CIF como medida estándar para evaluar salud y discapacidad tanto individual como poblacionalmente, utilizándola hasta la actualidad. En el transcurso de los años, la CIF pasó de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” en su versión de 1980 a una clasificación de “componentes de la salud”, donde su objetivo principal fue *“brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”* (OMS, 2001).

La definición del concepto de discapacidad actualmente más aceptada es la realizada por la CIF, la cual establece que es un término genérico que incluye las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La discapacidad es definida por la CIF como *“el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona”*. Señala que los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud, debido a que un

entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo (OMS, 2001).

Es por esto que la CIF cobra vital importancia para entender la visión actual de la discapacidad y todos los aspectos relacionados con esta.

1.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA FUNCIONALIDAD

La OMS establece que la CIF pertenece a la “familia” de las clasificaciones internacionales desarrolladas por ellos, las cuales pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta clasificación es definida como *“un marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en el mundo”* (OMS, 2001). La CIF fue diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores, ofreciendo un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores, al ser relevante para estudios relacionados con la salud y para la formulación y evaluación de políticas (OMS, 2001).

La CIF se caracteriza por definir los componentes de salud y algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” como la educación, trabajo, entre otros, y está dispuesta desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad. Esta posee dos componentes, graficados en términos operacionales en la Tabla 2.1, divididos de la siguiente forma:

1. Funcionamiento y discapacidad
 - a. Funciones y Estructuras Corporales
 - b. Actividades y Participación

2. Factores contextuales
 - a. Factores Ambientales

- i. Facilitadores
 - ii. Barreras
- b. Factores Personales

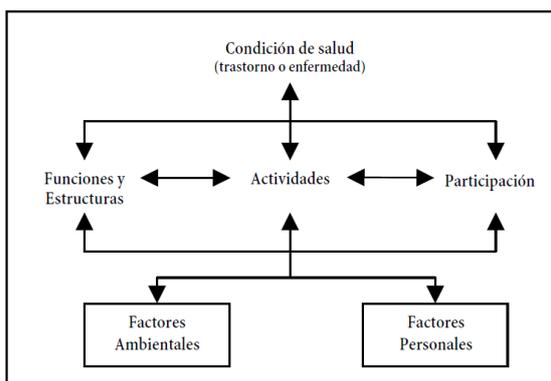
Tabla 2.1. Visión de Conjunto de la CIF.

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable

Fuente: OMS, 2001.

La CIF entiende el funcionamiento de un individuo como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales, como se observa en la Figura 2.1. Existe una interacción dinámica entre estos elementos, donde las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. Una limitación en la capacidad puede ser causada por uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones (OMS, 2001).

Figura 2.1. Interacciones entre los componentes de la CIF.



Fuente: OMS, 2001.

Hay términos que se emplean en la clasificación cuyo uso puede inducir a error, y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese mismo término se utiliza habitualmente, tanto en el lenguaje hablado como escrito, con un significado diferente. Un ejemplo de esta situación son los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía que se emplean frecuentemente fuera del ámbito científico, como sinónimos, a pesar de que en la versión de 1980 se le adjudicaron definiciones específicas, lo que les proporcionó un término exacto (OMS, 2001).

Durante el proceso de revisión el término “minusvalía”, definido como una situación desventajosa consecuencia de una deficiencia o discapacidad que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso, se abandonó, y el término discapacidad se comenzó a utilizar como un término general para las tres perspectivas: corporal, individual y social (OMS, 2001).

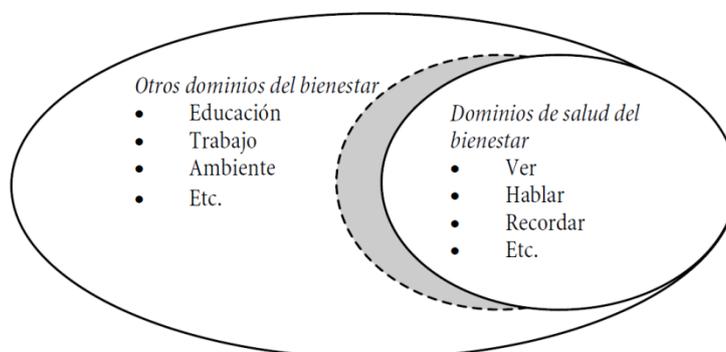
Sin embargo, es necesario ser claros y precisos a la hora de definir los distintos conceptos, de forma que se puedan escoger los términos apropiados para expresarse sin ambigüedades. A continuación se definen los principales conceptos expuestos por la OMS (2001):

- *Deficiencias* son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

- *Actividad* es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- *Limitaciones en la Actividad* son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- *Participación* es el acto de involucrarse en una situación vital.
- *Restricciones en la Participación* son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- *Desempeño/Realización* describe lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real y conlleva el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales.
- *Factores contextuales* son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo y tienen dos componentes:
 - 1) *Factores Ambientales* se refieren a todos los aspectos del mundo externo que forma el contexto de la vida de un individuo, afectando el funcionamiento de esa persona. Incluyen al mundo físico natural con todas sus características, las demás personas con las que se relaciona, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes. Los Factores Ambientales están organizados en dos niveles distintos:
 - a) *Individual*: es el entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.
 - b) *Social*: son las estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, como el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

- 2) *Factores Personales* son los relacionados con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, patrones de comportamiento, aspectos psicológicos, hábitos, entre otros, y constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida.
- *Facilitadores* son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Incluye aspectos como el ambiente físico, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.
 - *Barreras* son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.
 - *Bienestar* es un término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera como tener una “buena vida”. Los dominios de salud son un subgrupo dentro de los dominios que componen todo el universo de la vida humana. Esta relación se presenta en la siguiente figura que representa el bienestar:

Figura 2.2. El universo del “bienestar”.



Fuente: OMS, 2001.

Como clasificación, la CIF no establece un modelo para el “proceso” del funcionamiento y la discapacidad. Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo, entregando las “piezas de construcción” para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. En este sentido, podemos considerar la CIF como un idioma y los textos que se pueden crear dependerán de los usuarios, de su creatividad y de su orientación científica (OMS, 2001).

Se han propuesto diferentes modelos, constructos o paradigmas, para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. La CIF (OMS, 2001) está basada en la integración de dos modelos, el médico y el social, utilizando un enfoque “biopsicosocial” con el fin de proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

1.3. MODELOS DE LA DISCAPACIDAD

Los modelos han evolucionado a lo largo de la historia desde el ámbito primordialmente médico hasta modelos más integrativos, que incorporan paulatinamente los derechos de las PeSD. Los modelos de comprender y clasificar la discapacidad han sido diversos y los más avalados son (Fernández, 2008; Padilla, 2010):

- *Modelo médico-biológico:* La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.
- *Modelo social:* La discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales insertas en un medio ambiente

que es creado por el hombre. Éste plantea que la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene la persona en ese ambiente y que definen su estatus de discapacitado. La discapacidad es un hecho social y se aproxima a la interacción individuo-ambiente, creando la necesidad de responder a los requerimientos de las PeSD por parte de la comunidad, la sociedad y el Estado.

- *Modelo de las minorías colonizadas:* Es semejante al de discapacidad social, pero incorpora las luchas por los derechos de las PeSD. Desde esta perspectiva, se considera a las PeSD como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad. La posición de estas depende de la población y del abandono social y político en el que se encuentran, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de ellas. Considera a las PeSD como incapaz de definirse, regularse y determinarse a sí misma.
- *Modelo universal de la discapacidad:* Modelo planteado por Irving Kenneth Zola y establece que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales. Este modelo sugiere valorar y aceptar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo, pues todos estamos en riesgo y ante ello, la sociedad debe dar respuesta.
- *Modelo biopsicosocial:* este se basa en la relación de una PeSD y su medio ambiente, en el que el funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y

mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona, donde se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad. Este modelo es el utilizado para entender la discapacidad por la CIF, principal guía de la OMS.

Sin embargo, hoy en día se ha dado paso a una visión todavía más amplia y holística, fundamentada en que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones. Este modelo es conocido como el “*modelo ecológico*”, el cual fue ampliamente desarrollado por Bronfenbrenner en 1987 (Céspedes, 2005).

Según Céspedes (2005), el modelo ecológico está constituido por cuatro componentes: proceso, contexto, tiempo y persona; planteando que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos incluido dentro del otro. El primer sistema, denominado microsistema, hace referencia a las características propias del individuo como su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad, como también el contexto social inmediato que afecta directamente a la vida de la persona. El segundo sistema, mesosistema, refleja la comunidad donde vive la persona y su familia, que ejerce su acción a través de influencias sociales, políticas y culturales. El mesosistema muestra la relación de la PeSD y su comunidad, es decir, la escuela, los amigos, los grupos comunales, deportivos y culturales. Aquí la PeSD hace parte activa de su propia comunidad, desarrollando habilidades que le permitan integrarse a sistemas sociales diferentes a su familia. El macrosistema, tercer sistema del modelo, incluye los patrones culturales, las tendencias políticas, los sistemas económicos, las creencias y todos los factores de la sociedad en general que pueden afectar al individuo. En este sistema, la legislación, las organizaciones,

el plan nacional de desarrollo y la política pública ejercerán una influencia directa y trascendente en las PeSD.

Por lo anteriormente descrito, la discapacidad, entendida en su contexto social, es mucho más que una mera condición, es una experiencia de diferencia, pero también, frecuentemente, es una experiencia de exclusión y de opresión. Los responsables de esta situación no son las PeSD, sino la indiferencia y la falta de comprensión de la sociedad. Actualmente, existe un consenso entre las principales organizaciones internacionales que el principio orientador de los esfuerzos en todos los ámbitos de la sociedad es el principio de inclusión (UNICEF y MINEDUC, 2005).

2. INCLUSIÓN

La historia de las PeSD es una historia de exclusión, caracterizada, principalmente, por ser constantemente repudiadas, debido a temores, ignorancia y superstición; degradadas a la pobreza extrema; explotadas o asignadas a funciones menores; o vistas como objeto, no sujeto de acción (UNICEF y MINEDUC, 2005).

Esta situación fue cambiando a través del tiempo, debido principalmente a la movilización de padres que exigían igualdad de derechos para sus hijos tanto para vivir con sus familias como para optar a la educación, vida comunitaria normal y activa en la sociedad; y el impacto de los movimientos pro derechos civiles en Estados Unidos, de anti-institucionalización en Italia y de Normalización en Suecia (UNICEF y MINEDUC, 2005). Debido a lo mencionado anteriormente, es interesante conocer la evolución del concepto de inclusión, para comprender las nuevas tendencias y políticas creadas para las PeSD.

2.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE INCLUSIÓN

La OMS y col. (2011) señalan que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos (DDHH) debido principalmente a las siguientes razones:

- Las PeSD sufren de desigualdad.
- Las PeSD están sujetas a que se viole su dignidad.

- A algunas PeSD se les niega la autonomía.

Los primeros cambios hacia la inclusión y el respeto de los DDHH de las PeSD, comienzan luego de la Segunda Guerra Mundial, motivados por los atropellos de estos ocurridos en esta etapa, creándose en 1945 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), dando paso en la Asamblea General de 1948 a la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, apareciendo por primera vez, artículos de interés para las PeSD (Fernández, 2008; Padilla, 2010) como el derecho a la igualdad y la dignidad.

Esta misma entidad en 1971, proclamó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y, en 1975, la Declaración de los Derechos de los Impedidos (Fernández, 2008; Padilla, 2010), influenciado principalmente por el cambio de visión con respecto al concepto de discapacidad, debido al modelo médico de la época.

Tras la creación de la CIDDM en 1980, se dio paso en 1982 al Programa de Acción Mundial para los Impedidos y a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en 1993, ambos lanzados por la ONU.

Según Padilla (2010), todo ello conlleva el inicio cada vez más fuerte de agrupaciones de PeSD en diferentes partes del mundo. La OMS destaca el movimiento de PeSD como fundamental para entender los avances en el tema de discapacidad, la cual comenzó alrededor de la década de los 60 y 70 en América del Norte y Europa, usando el lema "*Nada acerca de nosotros, sin nosotros*". Las organizaciones de personas en situación de discapacidad (OPD), se concentraron en lograr la participación plena y la equiparación de oportunidades para, por y con las PeSD, creando conciencia de sus derechos (OMS, 2012).

La discapacidad comenzó a ser entendida como algo que concierne a todos los ámbitos de la sociedad, por lo cual, se requería definir las responsabilidades de cada cual y asegurar el establecimiento de los

mecanismos necesarios para facilitar la colaboración y coordinación (UNICEF y MINEDUC, 2005).

Este pensamiento llevó a que finalmente, el año 2006, se realizara la CDPD con el propósito de *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente”* (ONU, 2006), donde las OPD desarrollaron un papel clave. Los principios generales de esta convención fueron:

- a. Respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluyendo la libertad de tomar decisiones y la independencia de las personas.
- b. La no discriminación.
- c. Participación plena y efectiva e inclusión en la sociedad.
- d. Respeto por la diferencia y aceptación de las PeSD como parte de la diversidad humana y humanidad.
- e. Igualdad de oportunidades.
- f. Accesibilidad.
- g. Igualdad entre hombre y mujeres.
- h. Respetar la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y a preservar su identidad.

La CDPD, según la OMS (2012), es la mayor y más reciente instancia de reconocimiento de los DDHH de las PeSD, enumerando sus derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos. Los Estados que participaron en esta, se comprometieron a crear leyes y demás medidas administrativas adecuadas en los casos que sea necesario; modificar o derogar leyes, costumbres o prácticas que directa o indirectamente generen discriminación; incluir la discapacidad a las políticas y los programas pertinentes; abstenerse de cometer todo acto o práctica que no esté en consonancia con la CDPD; y tomar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación de las PeSD por parte de cualquier persona, organización o empresa privada. Señalan que los Estados deberán consultar con las PeSD y sus respectivas organizaciones a la hora de crear leyes, políticas y programas para poner en práctica la CDPD. El mensaje esencial de esta convención fue que las PeSD

no deben ser consideradas “objetos” que se deben manejar, sino “sujetos” que merecen idéntico respeto y goce de los DDHH (OMS y col., 2011).

El año 2011 se entrega el Informe Mundial sobre la Discapacidad, realizado por la OMS y el Banco Mundial, el cual busca ser una guía para mejorar la salud y el bienestar de las PeSD, proporcionando conceptos claros y los datos más contundentes para resaltar los vacíos de conocimiento y hacer hincapié en las necesidades de ahondar en la investigación y formulación de políticas. Propone medidas para todas las partes interesadas, incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las OPD, para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social y crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones en beneficio de las PeSD y la comunidad en general, procurando que estas ocupen un lugar central (OMS y col., 2011).

Este informe señala que los principales obstáculos discapacitantes que contribuyen a las desventajas que experimentan las PeSD, son los peores resultados académicos, las tasas más altas de pobreza, la mayor dependencia y participación limitada, la menor participación económica, los peores resultados sanitarios experimentando mayor vulnerabilidad a enfermedades, y la necesidad no satisfecha de los servicios de rehabilitación (OMS y col., 2011).

Sin embargo, dentro de este informe también se realizan recomendaciones para fomentar la participación social, donde las principales recomendaciones expuestas fueron:

- Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales.
- Invertir en programas y servicios específicos para las PeSD.
- Adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre discapacidad.
- Asegurar la participación de las PeSD.
- Mejorar la capacidad de recursos humanos.
- Proporcionar financiación suficiente y mejorar la asequibilidad.
- Fomentar la sensibilización pública y comprensión de la discapacidad.
- Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad.

- Reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad.

La OMS (2012) señala que los DDHH y el desarrollo están muy relacionados entre sí, ya que el desarrollo es una manera de cumplir y asegurar estos derechos, por lo que muchas agencias y organizaciones usan el enfoque de DDHH en sus programas. De este modo, indican que debe existir un enfoque o modelo de desarrollo inclusivo, donde incluyan e involucren a todos, especialmente a quienes están marginados o son discriminados. Las PeSD y los miembros de sus familias, con frecuencia no se benefician de las iniciativas de desarrollo, por lo que el desarrollo inclusivo es esencial para asegurar que estas puedan participar significativamente en estos procesos y políticas (OMS, 2012).

Relacionado a esto, la OMS y el Banco Mundial, en su Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), indican que la rehabilitación es una buena inversión porque genera mayor capacidad humana. Señalan que el interés debería estar en mejorar la eficiencia y eficacia, ampliando la cobertura y mejorando la calidad y asequibilidad, proponiendo que se debe acelerar el suministro de servicios a través de la RBC, facilitando la transición a la vida comunitaria, promoviendo así la autonomía, permitiendo a las PeSD y sus familiares que participen en actividades económicas, culturales y sociales, reduciendo de esta forma su aislamiento y dependencia (OMS y col., 2011).

Para entender la rehabilitación, es necesario primero conocer la evolución del paradigma, el cual a través del tiempo cambió de la normalización hacia la inclusión.

2.2. PARADIGMAS DE REHABILITACIÓN

Alrededor de las PeSD existen diversos principios filosóficos e ideas con respecto a la actuación, tratamiento y atención de estas, formulándose un gran número de conceptos, términos y paradigmas (Egea y Sarabia, 2004).

En el año 1955, N. Bank-Mikkelsen, por aquel entonces director del Servicio Danés para el Retraso Mental, crea un nuevo principio al que denomina "*normalización*" y que definió como "*la posibilidad de que los*

deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible" (Egea y Sarabia, 2004).

Diez años después, en 1969, el director ejecutivo de la Asociación Sueca para Niños Retrasados, B. Nirje, profundiza en este principio, formulándolo como *"hacer accesibles a los deficientes mentales las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximos como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad"* (Parra, 2010).

W. Wolfensberger modifica la definición otorgándole una formulación más didáctica, indicando que la normalización *"es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos y métodos), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.)"* (Egea y Sarabia, 2004).

La teoría de normalización enfatiza el derecho de las PeSD a vivir con su familia o en su entorno natural y de ser preparados y apoyados para responder a los desafíos que podrían enfrentar en sus comunidades (UNICEF y MINEDUC, 2005). Todavía en este modelo la PeSD es quien debe realizar esfuerzos por acercarse a su medio, aunque lentamente comienza a existir la necesidad de que también el medio sea el que tenga que dar pasos de aproximación (Egea y Sarabia, 2004).

El principio de normalización comienza a tener una importante presencia en la formulación de políticas de intervención sobre la discapacidad y su principal consecuencia será el nacimiento del principio de *"integración"*, a través del "Informe Warnock" en el Reino Unido en 1978 (Egea y Sarabia, 2004).

El documento conocido como "Informe Warnock", en reconocimiento a Mary Warnock que presidió el equipo de trabajo encargado de redactar dicho informe, plantea el principio de la integración en el ámbito escolar,

manifestando que *“todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión”*. Postula que las PeSD presentan necesidades educativas especiales (NEE) y precisan también atenciones especiales, pero debe respetarse el derecho a la educación dentro del sistema ordinario (Egea y Sarabia, 2004). La intención era usar la denominación de NEE , para no etiquetar ni categorizar a las PeSD y con el objetivo de disminuir los efectos nocivos de la clasificación indiscriminada, al asumir que cada niño y niña, independientemente de su discapacidad, tiene una necesidad particular de educación (Parra, 2010).

El principio de integración rebasará la función escolar y se verá extendido a otras áreas: se comenzará a hablar de "integración social". Este es un principio basado en la legitimidad de los derechos y deberes sustantivos de la persona, el reconocimiento de los principios de igualdad y derecho a la diferencia entre todas las personas y contempla la "necesidad especial" como situación de excepcionalidad a la que el entorno debe dar respuesta mediante las adaptaciones y medios asistenciales que sean precisos. La integración será entendida como la incorporación, por derecho propio, a un grupo para formar parte de él, desplazando del sujeto a su medio el peso central para el proceso de incorporación de la PeSD (Egea y Sarabia, 2004).

El desarrollo de la integración produjo una evolución conceptual, abandonando el término de integración y sustituyéndolo por el de *“inclusión”* (Parra, 2010). En junio del año 1994, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) celebró la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, surgiendo el concepto de *“inclusión”* que, al igual que los conceptos anteriores, parte de planteamientos realizados en el ámbito educativo (Egea y Sarabia, 2004).

La inclusión busca presentar una mejor opción de vida, evita que la población tenga que desplazarse y marginarse, desarrolla un sentido de comunidad, promueve el trabajo en equipo, estimula a las personas a crecer y realizarse de acuerdo a sus intereses e ilusiones (Vásquez, 2005). El término inclusivo se expande y comienza a aplicarse a las políticas y servicios de salud, la capacitación y el empleo, así como a la vida comunitaria en general.

Según Lenah Zoleh, ex directora de Educación Especial UNESCO Paris (UNICEF y MINEDUC, 2005), *“la inclusión es un proceso, una interminable búsqueda de la comprensión y respuesta a la diversidad en la sociedad; concierne a la identificación y reducción de las barreras que ponen obstáculos a la participación; es aprender a vivir y trabajar juntos, compartiendo las oportunidades y bienes sociales disponibles; y no es una estrategia para ayudar a las personas que calcen dentro de sistemas y estructuras existentes, sino es transformar esos sistemas y estructuras para que sean mejores para todos”*.

Este nuevo paradigma es el que orienta actualmente a la rehabilitación, incidiendo en la creación de la RBC.

3. REHABILITACIÓN

Las PeSD ven restringida la posibilidad de acceso a la formación, al trabajo, al ocio y otras actividades de su comunidad y sociedad; y de recibir servicios básicos de atención sanitaria y rehabilitación. Se estima que solamente un 2% de las PeSD de los países en vías de desarrollo tienen acceso a servicios de atención sanitaria y rehabilitación. Las PeSD y sus familias necesitan de estrategias que incluyan una reducción de la pobreza, el desarrollo comunitario, la igualdad de oportunidades, la inclusión social, la atención sanitaria y la rehabilitación (Díaz, Sanz, Sahonero, Ledesma, Cachimuel y Torrico, 2010).

El artículo 26 de la CDPD, Habilidad y rehabilitación (ONU, 2006), indica que *“los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”*.

Históricamente, el término rehabilitación se ha referido a una serie de respuestas a la discapacidad, desde las intervenciones para mejorar las funciones corporales hasta medidas más amplias con el fin de promover la

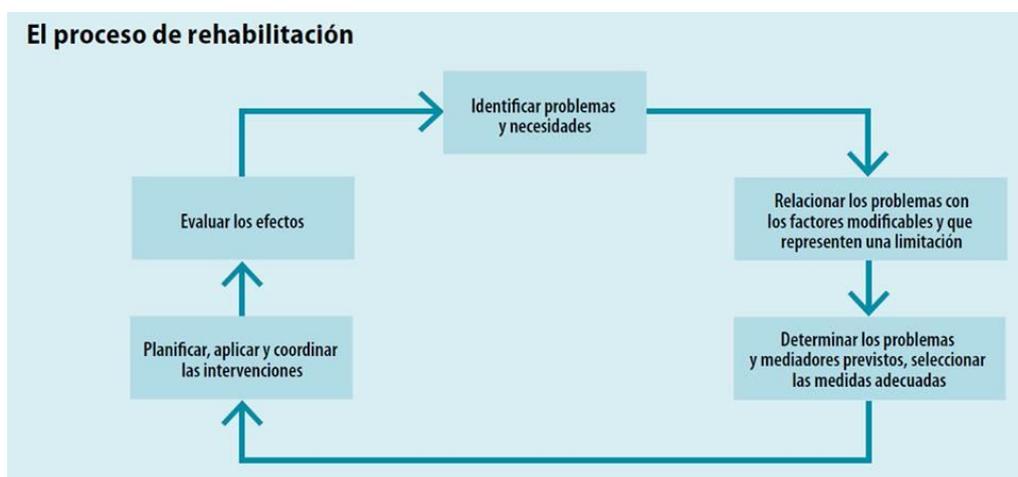
inclusión. Sin embargo, durante mucho tiempo, la rehabilitación ha carecido de un marco conceptual unificador (OMS, 2012).

3.1. CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

En el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011), se define el término rehabilitación como *“un conjunto de medidas que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente”*.

Para la OMS (2012), la rehabilitación involucra la identificación de los problemas y las necesidades, la relación de los problemas con los factores pertinentes de la persona y el ambiente, la definición de los objetivos de rehabilitación, la planificación y aplicación de las medidas y la evaluación de los efectos, proceso ilustrado en la figura 2.3. Señalan que se consigue un mejor nivel de salud y de funcionamiento cuando las PeSD y sus familias participan activamente en la rehabilitación.

Figura 2.3. El Proceso de Rehabilitación.



Fuente: OMS, 2011

La OMS señala que la rehabilitación es intersectorial y puede realizarse por profesionales de la salud junto con especialistas en educación, empleo, bienestar social y otros ámbitos, indicando que si comienza en una etapa temprana, logrará mejores resultados funcionales para casi todas las

condiciones de salud asociados con la discapacidad, reforzando los avances en la educación y el desarrollo (OMS, 2012).

Las iniciativas de desarrollo frecuentemente han sido iniciadas por encargados de políticas muy alejados de las comunidades y se han acordado sin la participación de la comunidad, pero hoy en día se reconoce que la participación de esta, como individuos, grupos u organizaciones es esencial para el desarrollo y todas sus etapas (OMS, 2012). La OMS también postula que un enfoque basado en la comunidad ayuda a asegurar que el desarrollo alcance a los pobres y marginados y facilita iniciativas más inclusivas, realistas y sostenibles, siendo impulsadas por muchas agencias y organizaciones que promueven los enfoques comunales para el desarrollo, como el Banco Mundial, a través del Desarrollo Organizado por la Comunidad, y la OMS que promueve las Iniciativas Basadas en la Comunidad (OMS, 2012).

Actualmente, la visión de la rehabilitación ha evolucionado, influenciada principalmente por las iniciativas comunitarias, lo que ha originado la formación del concepto de rehabilitación basada en la comunidad. La rehabilitación, hoy en día, es integrada por todo un continuo que va desde la atención hospitalaria hasta a la RBC, buscando mejorar los resultados sanitarios, reducir costos al abreviar la permanencia en el hospital, disminuir la discapacidad y mejorar la CV (OMS, 2012).

3.2. ANTECEDENTES DE LA RBC

Es necesario remitirse a la Segunda Guerra Mundial para conocer los antecedentes de la RBC, ya que al sobrevivir un gran número de soldados y civiles con alguna discapacidad después de la guerra, se desarrolló una nueva especialidad biomédica, la rehabilitación, que fue adquiriendo importancia dentro de la investigación médica y tecnológica y en 1951 se creó la Unidad de Rehabilitación de Naciones Unidas para facilitar la transferencia de dichos avances médicos y tecnológicos a los países en vías de desarrollo, basándose en el entrenamiento y formación de terapeutas y técnicos en rehabilitación, sin embargo, la mayoría de las PeSD no se beneficiaban de esta ayuda, ya que vivían en zonas rurales o periurbanas (Díaz y cols., 2010; OMS, 2012).

La OMS en 1978 desarrolló la Declaración de Alma Ata, donde se planteó un modelo integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud (APS), que trasladaba el apoyo y los servicios de salud a las comunidades, centralizados hasta ese momento en hospitales e instituciones ubicados en las ciudades. Dentro de la APS se contemplaba la rehabilitación, surgiendo de esta declaración la estrategia de RBC (OMS, 2012).

En la década de los ochenta y noventa se pusieron en práctica numerosos programas piloto de RBC en países en vías de desarrollo de África, Asia y Latinoamérica, donde algunos siguieron los manuales desarrollados por la OMS y otros fueron apoyados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la UNESCO o la UNICEF, y otros se desarrollaron a partir de iniciativas de Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Tras esta experiencia la OIT, la OMS, la UNICEF y la UNESCO en 1994, elaboraron un documento conjunto, donde establecían las bases generales sobre la estrategia de RBC (Díaz y cols., 2010).

Posteriormente, se acentuó la adquisición del enfoque biopsicosocial y multisectorial, donde se enfatizó la cooperación y colaboración de los actores relevantes en los recursos, habilidades e iniciativas para comenzar un programa de RBC y en el año 2003 se llevó a cabo una Reunión Consultiva Internacional en Helsinki para realizar una revisión de la estrategia con todos los actores implicados, donde las conclusiones que se obtuvieron se utilizaron para crear un nuevo documento de posición conjunta el año 2004. Desde aquel año se celebran de forma anual encuentros para el desarrollo de la estrategia de RBC bajo el auspicio de la OMS (OMS, 2004).

Actualmente, la RBC está siendo practicada en más de 90 países. Por esta razón, el año 2012, la OMS, OIT y UNESCO, publican un documento con guías para la RBC, las cuales brindan a los administradores de RBC, sugerencias prácticas de cómo desarrollar o fortalecer los programas, asegurando que las PeSD y los miembros de su familia tengan acceso a los beneficios de los sectores de la salud, educación, subsistencia y sector social (OMS, 2012).

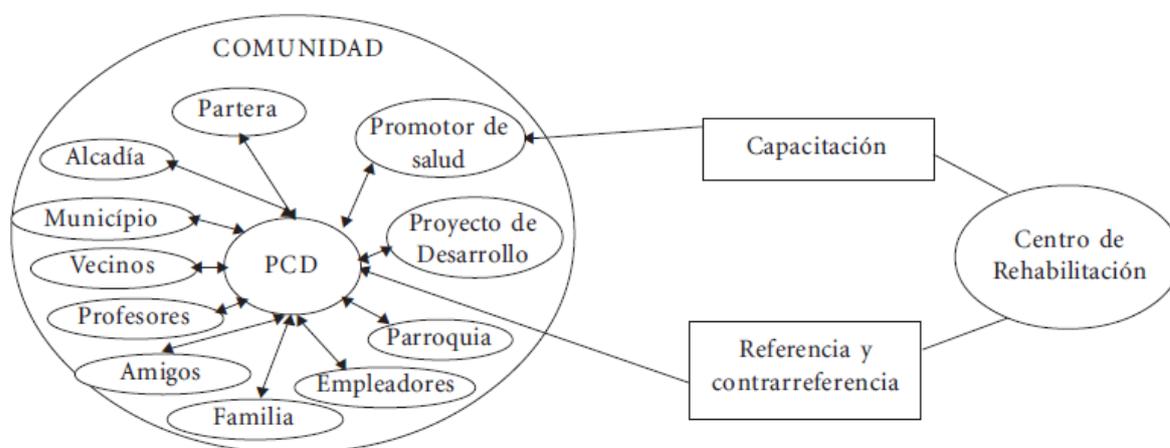
3.3. REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

En el documento de posición conjunta del año 2012 se define a la RBC como una “*estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad*”, destacando que la aplicación es a través del esfuerzo conjunto de las propias PeSD, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los servicios gubernamentales y ONGs en salud, educación, trabajo, social, entre otros (OMS, 2012).

La salud como la discapacidad son parte integral del fenómeno social y no pueden ser consideradas como variables independientes aisladas de su contexto sociocultural, por esta razón, la implementación de un programa de RBC requiere una profundización en los diferentes aspectos de este contexto (Díaz y cols., 2010).

La estrategia de RBC no se considera como un modelo en sí, debido a que no existe una única manera de desarrollarla, sino que existen muchas formas de hacerlo de acuerdo a las condiciones específicas de la comunidad con la que se trabaja, involucrando a sus familias, así como a los diferentes sectores de la comunidad implicados (Figura 2.4). El centro de rehabilitación realiza un papel de referencia y contrarreferencia para las PeSD (Díaz y cols., 2010).

Figura 2.4. Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.



Fuente: Díaz y cols., 2010.

La OIT, la OMS y la UNESCO (2004) señalan que los objetivos principales de la RBC son:

- Asegurar que las PeSD puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.
- Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las PeSD mediante transformaciones en la comunidad.

Además de estos objetivos fundamentales, un programa de RBC debería incluir objetivos específicos (Díaz y cols., 2010) como la creación de una actitud positiva hacia las PeSD, la provisión de servicios de rehabilitación, la creación de oportunidades para generar ingresos, la facilitación de cuidados de las PeSD, la provisión de oportunidades de educación y formación, la prevención de causas de discapacidad o la gestión, registro y evaluación del proyecto.

Los programas de RBC se fundamentan, principalmente, en los siguientes aspectos (Díaz y cols., 2010; OMS, 2004; OMS, 2005):

- Programas basados en la comunidad, destacando la importancia de la participación de la comunidad en la planificación de estrategias, toma de decisiones y puesta en marcha y control del proyecto.
- Transferencia de conocimientos, aptitudes y habilidades, capacitando a las PeSD, a sus familias y a las comunidades con el objetivo de que sean capaces de responder ante los retos y las necesidades que se presenten, tomando decisiones, y luchando por sus derechos.
- Respeto a las diferencias culturales, teniendo en cuenta las tradiciones locales, el conocimiento tradicional y las estructuras, redes y actividades comunitarias.
- Utilización de los recursos locales, tanto materiales como humanos, transfiriendo conocimientos, aptitudes y capacidades a los implicados,

con el objetivo fundamental de que la comunidad dependa lo menos posible de ayudas externas.

La RBC, según la OMS (2004), fomenta el derecho de las PeSD a vivir en la comunidad como ciudadanos en condiciones de igualdad, a disfrutar de salud y bienestar, y a participar plenamente en actividades educativas, sociales, culturales, religiosas, económicas y políticas.

También indica que la RBC dentro del desarrollo de la comunidad puede considerarse una estrategia de reducción de la pobreza, donde las iniciativas comunitarias en pro de la educación de los niños en situación de discapacidad, el empleo de los jóvenes y adultos en situación de discapacidad y la participación de las PeSD en las actividades comunitarias pueden servir de modelo para estrategias nacionales y políticas de desarrollo (OMS, 2004; OMS, 2012).

3.4. ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LA RBC

Los ámbitos de acción de la RBC se pueden clasificar en tres niveles (Díaz y cols., 2010).

A nivel primario se interviene con el objetivo de prevenir la aparición de deficiencias, abarcando una amplia gama de actividades como vacunaciones, APS, protección del medio ambiente o estimulación de la higiene. A nivel secundario se busca reducir o superar las consecuencias discapacitantes y abarcar actividades como técnicas de fisioterapia, ayudas compensatorias, actividades de la vida diaria (AVD) o educación especial. Por último, a nivel terciario se interviene minimizando las barreras sociales y físicas que excluyen a las PeSD de la comunidad, tales como el fortalecimiento de las OPD, el reconocimiento de derechos o la integración escolar de niños en situación de discapacidad.

Muchos programas de RBC más tradicionales se centraban exclusivamente en el nivel secundario, pero pronto quedó en evidencia la necesidad de una intervención en los tres niveles de acción, ampliando el ámbito de acción y dificultando la capacidad de llevar a cabo el programa de forma aislada. Es por esta razón que adquieren gran importancia en un

programa de RBC las PeSD, sus familias, sus comunidades, los gobiernos (local, regional, nacional), las ONG, las OPD, los profesionales de los diferentes sectores involucrados, las instituciones privadas y los medios de comunicación (Díaz y cols., 2010; OMS, 2004).

En un número importante de países, se han creado y fortalecido las OPD y organizaciones de padres de niños en situación de discapacidad, las cuales tienen la misión de instruir a todas las PeSD sobre sus derechos, fomentar acciones para garantizarlos y colaborar con las otras áreas para ejercer el derecho al acceso, a servicios y oportunidades. Estas organizaciones deben ser reconocidas como un recurso para fortalecer los programas de RBC, ya que tienen el derecho y la responsabilidad de identificar las necesidades de todas las PeSD para darlas a conocer y fomentar medidas encaminadas a satisfacerlas (OMS, 2004).

Sin embargo, la OMS (2004) señala que antes de poner en marcha un programa de RBC es fundamental que la comunidad tome conciencia de que lo necesita, ya que cuando un programa de RBC se emprende desde fuera de la comunidad, puede que ésta no crea que lo necesita. Son los gestores de nivel intermedio o de distrito los que trabajan con cada comunidad para que tomen conciencia acerca de la necesidad y de los beneficios que el programa aporta, asegurando que las PeSD y sus familias sean quienes definan sus necesidades.

3.5. PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

Actualmente, el término inclusivo, se utiliza en las políticas y servicios de salud, la capacitación y el empleo, así como a la vida comunitaria en general y guiado por este término, la OMS crea el concepto de comunidad inclusiva. Este concepto lo utiliza cuando *“las comunidades adaptan sus estructuras y procedimientos para facilitar la inclusión de las personas con discapacidad, en lugar de esperar a que sean ellas las que cambien para encajar en los ordenamientos existentes”*, centrando la atención en todos los ciudadanos y en su derecho a un tratamiento igualitario, incluida las PeSD (OMS, 2004).

Por este motivo, la comunidad debe asumir la responsabilidad de hacer frente a las barreras que influyen en la participación, como aquellas que limiten el tipo de oportunidades ofrecidas a las PeSD, beneficiando a todas las personas de la comunidad, no sólo a aquellas en situación de discapacidad (OMS, 2004).

El comité a cargo de la RBC dentro de la comunidad asume la responsabilidad de responder a las necesidades señaladas por sus miembros en situación de discapacidad; sensibilizar acerca de sus necesidades en la comunidad; obtener y comunicar la información sobre los servicios extracomunitarios de apoyo a las PeSD; trabajar con los sectores que ofrecen servicios de apoyo para crear, fortalecer y coordinar los que sean necesarios; trabajar en el seno de la comunidad para promover la integración de las PeSD en colegios, centros de formación, lugares de trabajo, ámbitos de ocio y actividades sociales. Además, el comité procura obtener fondos para financiar sus actividades (OMS, 2004).

El intercambio de información es un componente clave de los programas de RBC, donde todos los sectores deberían apoyar la RBC compartiendo información con la comunidad, colaborando mutuamente y fortaleciendo los servicios que le ofrecen a las PeSD. Ante esta evolución hacia una estrategia de desarrollo multisectorial más amplia, la OMS, el año 2004, desarrolló una Matriz de RBC, para ofrecer un marco común para los programas (OMS, 2012).

3.6. MATRIZ DE RBC

La Matriz consiste de cinco componentes clave que son la salud, la educación, la subsistencia, lo social y el fortalecimiento, donde dentro de cada componente, hay cinco elementos. La OMS señala que los primeros cuatro componentes de la matriz se relacionan con sectores de desarrollo claves, reflejando el enfoque multisectorial de la RBC, sin embargo, el componente final se relaciona con el fortalecimiento de las PeSD, sus familias y las comunidades (Figura 2.5); lo cual es fundamental para asegurar el acceso a cada sector de desarrollo y, así, mejorar la CV y el disfrute de los DDHH para las PeSD (OMS, 2012).

Figura 2.5. Matriz de RBC.



Fuente: OMS, 2012.

La matriz se diseñó para permitir seleccionar las opciones que mejor satisfacen sus necesidades y no se espera que los programas de RBC realicen todos los componentes y elementos de la Matriz (OMS, 2012).

3.7. ELEMENTO DE RECREACIÓN, ESPARCIMIENTO Y DEPORTES

Las actividades de recreación, esparcimiento y deportivas son importantes para la salud, el bienestar y para fortalecer la cohesión de la comunidad y pueden involucrar personas, grupos pequeños, equipos o comunidades enteras y son relevantes para las personas de diferentes edades, habilidades y destrezas. Los tipos de actividades en las que participan las personas varían mucho, dependiendo del contexto, y reflejan los sistemas sociales y los valores culturales. Sus principales beneficios incluyen mejorar la salud y el bienestar de las personas, contribuyendo al empoderamiento de los individuos y promoviendo el desarrollo de comunidades inclusivas, aumentando las oportunidades de inclusión y participación de las PeSD (OMS, 2012).

La participación en este tipo de actividades es, probablemente, una de las pocas oportunidades de involucrarse en la vida de la comunidad, más allá del núcleo familiar. El derecho a participar en estas actividades tiene un lugar importante dentro de la CDPD, en el artículo 30 titulado "*Participación en la*

vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte” (OMS, 2012).

El rol de los programas de RBC, según las guías publicadas por la OMS el año 2012, es promover la creciente participación de las PeSD en las actividades recreativas, de tiempo libre y deportivas, permitiendo que se fortalezcan actividades que sean apropiadas y accesibles. La principal meta es que las PeSD participen activamente o como espectadores en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas en igualdad con otras personas.

Según McCubbin (2003), el deporte es un ámbito único de participación con numerosas influencias en la salud y el bienestar humano y, de este modo, el deporte adaptado llena un vacío para que los participantes se impliquen realmente en comportamientos positivos relacionados con la salud, proporcionando las condiciones para que esta población también se reconozca como un ser humano y busque su desarrollo en forma alegre y divertida (Cardoso, 2011). Grandes beneficios se hacen evidentes tras la práctica de DA, entre ellos la rehabilitación física, la mejora psicológica y social, grandes ganancias en la independencia y la confianza para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD), un mejor concepto de sí mismo y un aumento de la autoestima de los participantes (Cardoso, 2011).

Con respecto al deporte, la CDPD (2006) en el artículo 30, punto 5, establece que a fin de que las PeSD pueden participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados partes adoptaran las medidas pertinentes para:

- a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las PeSD en las actividades deportivas a todos los niveles,
- b) Asegurar que las PeSD tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados,
- c) Asegurar que las PeSD tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas,

- d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar,
- e) Asegurar que las PeSD tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas y deportivas.

Es así como el deporte, generalmente adaptado, surge como un medio importante en la rehabilitación, observándose que las PeSD lo practican cada vez más, principalmente debido a sus beneficios, los que incluyen aumentar sus habilidades y su bienestar físico y psicológico, como también mejorar su CV (Cardoso, 2011).

Antes de hablar del DA, es necesario conocer y comprender el concepto de CV y sus componentes.

4. CALIDAD DE VIDA

4.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

En el año 1994 la OMS definió la CV como la *“percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”*. De esta definición se destaca que es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (Botero y Pico, 2007; Mattevi, Bredemeier, Fam y Fleck, 2012).

Este concepto se ha ido transformando continuamente a través de los años, pasando desde una mirada económica y política hacia una mirada más global y que incluye dentro de sus variables el concepto de salud (Botero y col., 2007). Schalock y Verdugo, el año 2001, en las Jornadas Científicas de Investigación sobre las Personas con Discapacidad, realizadas en España, definen la CV como *“un estado deseado de bienestar personal que es*

multidimensional; tiene propiedades éticas, universales, y émica, ligadas a la cultura; tiene componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales”.

De esta forma, según el SENADIS, la CV pasa a ser un concepto global, holístico y esencialmente subjetivo, que hace referencia a un conjunto de diferentes aspectos de la vida de cada persona y por este motivo, debe entenderse como un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Botero y col., 2007; Mattevi y cols, 2012; SENADIS y col., 2006). Tras la evolución del concepto de discapacidad y los avances en salud, actualmente las formas de medición para tener una visión de la CV también han cambiado, utilizándose métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices, que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud, tomando en cuenta más allá de su capacidad física, incluyendo, por lo tanto, su contexto social y su salud mental (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2011).

Botero y col. (2007), Urzúa y Caqueo-Urizar (2011) y Velarde y Ávila (2002) señalan que la CV resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. El aspecto objetivo depende del individuo como la utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador, y de las circunstancias externas, como la estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política que interactúan con él. Con respecto al aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida.

Dentro del área médica, el enfoque de CV se vincula exclusivamente a la salud, creando el término de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), lo cual permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2011; Velarde y Ávila, 2002).

4.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Patrick y Erickson en 1993, definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Otros autores como Schumaker y Naughton en 1996, señalan que la CVRS es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Botero y col., 2007; Shwartzmann, 2003).

Este concepto incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia necesaria para el proceso de toma de decisiones en temas relacionados con la salud (Botero y col., 2007).

Finalmente, Shwartzmann (2003) considera la CV como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente, lo que implica que la CV en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Lo esencial de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Botero y col., 2007; Shwartzmann, 2003).

4.3. MEDICIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la CV, sin embargo, los métodos actuales de evaluación de la CVRS se han desarrollado, según Botero y col. (2007), sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación que incluyen la proveniente de la tradición psicológica, social y médica.

La tradición psicológica da origen a la investigación de la felicidad, que la considera como un constructo psicológico posible de ser investigado, existiendo una correlación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras que los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. Por otro lado, la investigación proveniente de las ciencias sociales, se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar.

Finalmente, en el área de la salud y la medicina, la OMS fue pionera en el desarrollo de la CVRS, incorporando los ámbitos de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Esta nueva definición no fue solo una expresión de deseos, ya que tanto la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron apartándose del antiguo concepto reduccionista.

Siguiendo esta nueva línea, a comienzos de los años 80, se desarrollaron los perfiles de salud, destacándose entre ellos el Short Form-36 Health Survey (SF-36). Este cuestionario, evalúa ocho dimensiones con un total de 36 preguntas (Botero y col., 2007; Super Intendencia de ISAPRES; 2006). Las ocho dimensiones incluidas son:

1. Funcionamiento físico.
2. Limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud.
3. Dolor corporal.
4. Funcionamiento social.
5. Salud mental general, incluyendo estrés psicológico.
6. Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales.
7. Vitalidad, energía o fatiga.
8. Percepciones de salud general.

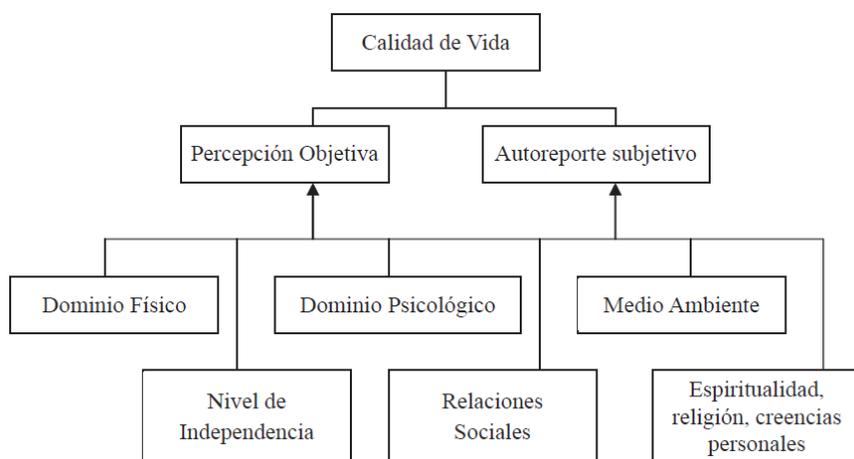
Botero y col. (2007) señalan que la principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la CVRS de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación

personal y directa del cuestionario, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a esta población.

Posteriormente, la OMS retoma el tema y crea en 1991, junto a un grupo multicultural de expertos, un instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), cuestionario válido simultáneamente en distintas culturas, el cual utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación (Botero y col., 2007; Super Intendencia de ISAPRES; 2006).

Los investigadores explicitaron algunas de las características del constructo, como la subjetividad de la CV, su naturaleza multidimensional y que incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas. Urzúa y Caqueo-Urizar (2011) señalan que el modelo planteado por la OMS, a través del grupo WHOQOL, puede ser diagramado representándolo en la figura 2.6.

Figura 2.6. Diagrama del modelo conceptual de la OMS.



Fuente: Urzúa y Caqueo-Urizar, 2011.

Esta definición conceptual, según Urzúa y Caqueo-Urizar (2011), diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los autoreportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone de subdominios.

4.4. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD

Existen diferentes estudios que buscan entregar una imagen acerca de la CV de las PeSD. Brown (1997) en su libro menciona que a lo largo de los años, variados instrumentos de medición se han creado para responder estas preguntas en torno a la CV, objetivando ciertos aspectos que los investigadores consideran relevantes para su medición. A su vez, menciona la existencia de la “Paradoja de la Satisfacción” propuesta por Zapf et al. (1987), y que fue corroborada por Bowles (1995). Esta paradoja considera la subjetividad en la percepción de CV, aseverando que desde la visión del evaluador, la persona puede ser considerada con una mala CV, al contrario como la persona considera que esta es desde su propia visión o viceversa (Brown, 1997).

Los distintos estudios que hablan sobre CV, toman su evaluación a través de la aplicación de test, evaluándola desde la visión objetiva mencionada con anterioridad. Zabriskie, Lundberg y Groff (2005) en su estudio hacen mención a distintas investigaciones que correlacionan una percepción negativa acerca de la CV de las PeSD, relacionándolo a una falta de oportunidades de educación, trabajo, ingreso económico, cuidados de salud, transporte, entretenimiento y socialización, participación política y satisfacción de vida.

Según Lundberg, Bennett y Smith (2011), el adquirir una discapacidad puede ser traumático, debido al impacto negativo que produce en la disminución del rendimiento en la realización de las AVD, participación dentro de la familia, ocupación y roles sociales; generando en la PeSD estados de humor negativos, fatiga, dolor. Además de lo mencionado anteriormente, son más propensos a sufrir de discriminación social y problemas familiares, disminuyendo de esta forma la CV.

Groff, Lundberg y Zabriskie (2008) en su estudio hacen mención a que la inequidad en varios aspectos de la vida a llevado a las PeSD a tener peor salud, limitada participación social y una reducción en su CV.

4.5. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

El SENADIS y col. (2006) señalan que la CV es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho dimensiones fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Con respecto a este tema, indican que existe una base importante de estudios que han logrado establecer una serie de indicadores que permiten evaluar operacionalmente el concepto de CV (SENADIS y col., 2006), registrando algunos ejemplos de estos posibles indicadores en la siguiente tabla.

Tabla 2.2. Posibles dimensiones e indicadores de calidad de vida.

DIMENSIÓN	INDICADORES
Bienestar Emocional	Seguridad, Felicidad, Autoconcepto, Espiritualidad, Disminución del stress, Satisfacción.
Relaciones Interpersonales	Intimidad, Familia, Amistades, Afecto, Interacciones, Apoyos.
Bienestar Material	Ser propietario, Seguridad, Empleo, Nivel Socioeconómico, Comida, Finanzas, Posesiones, Protección.
Desarrollo Personal	Educación, Satisfacción, Actividades Significativas, Habilidades, Competencias personales, Progreso.
Bienestar Físico	Salud, Ocio, Seguros Médicos, Cuidados sanitarios, AVD, Movilidad, Nutrición, Tiempo Libre.
Autodeterminación	Autonomía, Decisiones, Autodirección, Valores personales y metas, control personal, elecciones.
Inclusión Social	Aceptación, Apoyos, Ambiente residencial, Actividades comunitarias, voluntariado, Ambiente laboral, Roles sociales, Posición social.
Derechos	Derecho de voto, Accesibilidad, Privacidad, Juicio Justo, Derecho a ser propietario, Responsabilidades cívicas.

Fuente: SENADIS y col., 2006.

Con respecto a estos indicadores, y apoyándonos en las investigaciones y sus resultados revisados anteriormente, toma relevancia para nuestra investigación y objetivos, profundizar en la definición y características de los términos “habilidades” y “autoconcepto”, debido a la estrecha relación que tienen con la CV.

5. HABILIDADES

Las habilidades, definidas como la capacidad y disposición para algo (Real Academia Española, 2013), pueden ser entendidas, según Sloboda

(1987; en Argüelles y Nagles, 2010), como un conjunto de procedimientos aprendidos que se realizan automáticamente y que, por lo tanto, son aplicadas inconscientemente. En este sentido, las habilidades son el grado de competencias y potencial para adquirir y manejar nuevos conocimientos y destrezas.

Dentro de las habilidades que toman más importancia dentro de nuestra investigación están en un primer lugar las Habilidades Motoras, por la estrecha relación con nuestro objetivo; y, en segundo lugar, las Habilidades Cognitivas y Psicosociales, por la influencia que tienen con la CV.

5.1. HABILIDADES MOTORAS

a. Definición

Según Batalla (2000), las HM son todas aquellas “*competencias (grado de éxito o de consecución de las finalidades propuestas) de un sujeto frente a un objetivo dado, aceptando que, para la consecución de este objetivo, la generación de respuestas motoras, el movimiento, desempeña un papel primordial e insustituible*”. Estas habilidades serán adquiridas a través de las experiencias y de la práctica a través de la vida, siendo utilizadas cada vez que sean necesarias para la resolución de problemas.

Se describen tres tipos de HM, las habituales, son las que utilizamos para poder realizar las AVD; las profesionales, que nos ayudan a cumplir tareas en nuestro trabajo; y de ocio que nos permiten realizar actividades tales como el deporte (Batalla, 2000).

La literatura menciona que el ambiente, el organismo y la tarea en sí, serán las que determinen el desarrollo de HM específicas, siendo sólo las “básicas o fundamentales” comunes para todas las personas que reciben el estímulo necesario para la adquisición de estas (Batalla, 2000; Goodway y Branta, 2003). Es en este contexto que se habla de privación motora en niños sin situación de discapacidad y en niños en situación de discapacidad como un factor determinante de su desarrollo psicomotor y además como una futura barrera en su participación.

b. Habilidades Motoras y Deporte

Los autores señalan que la práctica de un deporte, ya sea adaptado o no, implica que el deportista a través de la práctica adquirirá HM específicas al deporte practicado, perfeccionando su técnica y mejorando su rendimiento en este. Además estas habilidades adquiridas pueden ser útiles en la realización de AVD, relacionando la mejora en su ámbito deportivo con un mejor desempeño en otras actividades (Batalla, 2000; Goodway y Branta, 2003).

Zabriskie et al. (2005) en su estudio con 129 PeSD participando de un programa de DA de seis meses, relatan que los participantes percibieron una mejora significativa de sus HM luego de haber participado en este programa, relatando al final de este que eran “excelentes” en los deportes que realizaban. Un resultado similar obtuvo Lundberg et al. (2011) luego de que un grupo de veteranos de guerra en situación de discapacidad mejoraran la percepción de sus competencias físicas, relacionándolo a una mejora de sus HM. Goodway y Branta (2003), también obtuvieron resultados positivos luego de haber sometido a un grupo de niños con desventajas sociales a un programa de doce semanas de intervención en actividad dirigida para el desarrollo de HM en comparación con un grupo control que realizó juego libre, demostrando que la práctica dirigida lleva a que una persona pueda mejorar ciertas HM.

5.2. HABILIDADES COGNITIVAS

Las habilidades cognitivas, según Reed (2007, Ramos, Herrera y Ramírez, 2009), son las destrezas y procesos de la mente necesarios para realizar una tarea. Por otro lado, estas habilidades también son consideradas como las trabajadoras de la mente y facilitadoras del conocimiento al ser las responsables de adquirirlo y recuperarlo para utilizarlo posteriormente. Estas se dividen en básicas y superiores, donde las básicas son aquellas como el enfoque, obtención y recuperación de información, organización, análisis, transformación y evaluación, las cuales brindarán la base para el desarrollo de las superiores. Estas últimas son aquellas que involucran la solución de problemas, toma de decisiones y pensamiento crítico (Ramos, Herrera y Ramírez, 2009).

Al relacionarse al ámbito de las aptitudes, estas habilidades involucran un proceso o sistemas de procesos complejos que abarcan desde la captación de estímulos hasta su almacenaje en memoria y su posterior utilización, en su evolución y su relación con el lenguaje (Herrera, 2003), lo que implica que para ser adquiridas deben ser practicadas y automatizadas (Ramos, Herrera y Ramírez, 2009).

5.3. HABILIDADES PSICOSOCIALES

Las habilidades psicosociales son definidas por Ladd y Mize (1983; en Tanis y Lee, 1990) como *“la habilidad para organizar condiciones y comportamientos dentro de un curso de acción integrado dirigido hacia una meta social o interpersonal culturalmente aceptable”*. Montero las define como *“aquellos comportamientos que nos facilitan tener buenas relaciones con las personas que conforman nuestro entorno”*. Estas relaciones nos resultarán satisfactorias en la medida en que consigamos ser entendidos, comprendidos y respetados; y tienen mucho que ver con nuestros pensamientos y nuestras emociones (Montero, 2013).

La falta de habilidades sociales, según Montero (2013), puede llevar al aislamiento, lo que a su vez puede complicarse en una depresión. Asimismo, no saber cómo relacionarse con los demás puede generar muchos problemas de ansiedad. En ambos casos puede verse afectada la autoestima: sentir rechazo o no ser capaz de solicitar a otras personas aquello que deseamos, lo que perjudica la imagen que tenemos de nosotros mismos.

6. AUTOCONCEPTO

El AC o concepto de sí mismo, se basa en las percepciones que cada individuo tiene de sí mismo, las cuales juegan un papel importante en la forma de como éste se maneja en la sociedad, ya sea en el ámbito escolar, laboral o el social (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008). Estas percepciones se basan en todos los atributos, rasgos y características que van formando la personalidad desde sus distintas aristas, integrándose para formar la concepción del “yo”.

6.1. DEFINICIÓN

En su tesis, Goñi (2009), usa la definición de Shavelson (1976) para AC, la cual señala que *“la percepción que la persona tiene de sí misma, se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un rol importante tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos”*. Esto evidencia el importante papel del contexto en la formación de la persona, y los refuerzos positivos a los que esta se ve expuesta durante su desarrollo y que irán formando y reforzando esta imagen propia del individuo.

El AC global puede dividirse en dos ramas, un AC académico, el cual tiene una conexión directa al rendimiento académico; y el AC no académico, que se compone del autoconcepto personal (AP), autoconcepto físico (AF) y autoconcepto social (AS) (Esnaola y cols., 2008). Según Silva y Martínez (2007), la autodefinición de una persona puede estar más centrada a alguno de estos atributos, dejando de lado a otros componentes del AC que para el individuo no tienen una gran relevancia a la hora de definirse.

Para efectos de esta investigación no indagaremos en el AC académico, concentrándonos más en el no académico y sus componentes, debido a que este no se relaciona con nuestros objetivos de investigación.

6.2. CLASIFICACIÓN DEL AUTOCONCEPTO NO- ACADÉMICO

a. Autoconcepto Personal

El AP se entiende como la autopercepción de los valores internos del individuo y su valoración como persona, siendo esta última independiente de su físico o de su relación con la sociedad (Esnaola y cols., 2008).

A través de este AC, la persona puede generar una idea de su ser individual, tomando cuatro dimensiones como base para la formación de esta imagen. Estas dimensiones son el AC afectivo/emocional, el cual brinda una visión acerca de la regulación de sus propias emociones; el AC de autorrealización, el que se refiere a cómo se ve a sí mismo en cuanto a las metas planteadas y cumplidas; el AC ético/moral, que le dice al individuo hasta qué punto se considera honrado; y, por último, el AC de autonomía, que señala

hasta qué punto percibe que puede decidir sobre su vida en base a su criterio personal (Esnaola y cols., 2008; Goñi, 2009).

b. Autoconcepto Físico

Dentro del AF encontramos diversas propuestas de dimensiones, siendo las de habilidad y apariencia física las utilizadas y propuestas en uno de los principales test para medir el AC, el *Self Description Questionnaires (SDQ)*, y estando presente dentro de todas las escalas y dimensiones propuestas para este (Esnaola y cols., 2008; Goñi, 2009). Dentro de la dimensión de habilidad física, es posible encontrar la percepción del individuo sobre su competencia o habilidad deportiva, su resistencia física y su salud. La apariencia física, como su nombre lo dice, es cómo el propio sujeto percibe su atractivo físico y su capacidad para mantener un cuerpo en forma (Goñi, 2009).

Esta dimensión del AC puede ser abordada desde una mirada preventiva y educativa, adquiriendo gran importancia en la clínica, debido a que se encuentra directamente relacionada con la imagen corporal (Goñi, 2009).

Existen investigadores que consideran que el AF positivo tiene una posible influencia sobre la CV y sobre el AC global en PeSD. Esta influencia se relaciona de gran forma a la sensación positiva de competencia y habilidad, modificando los prejuicios propios que arrastra consigo la palabra discapacidad y cambiando su visión de autonomía, variando positivamente su AF (Lundberg et al., 2011).

c. Autoconcepto Social

Esta dimensión del AC global se refiere a la imagen que el individuo considera de él y que crea a partir de sus competencias sociales y su sensación de aceptación social. Esta percepción de sí mismo se va adquiriendo a partir de la auto comparación del individuo no sólo con sus pares, si no con la sociedad en general (Esnaola y cols., 2008).

Para Silva y Martínez (2007), el AS se va formando y madurando a medida que crecemos, adquiriendo también nuestra percepción moral y nuestro

rol social como parte de una comunidad, el cual, según el contexto, la motivación extrínseca y las oportunidades, puede ser bueno o malo.

Esnaola y cols. (2008) y Goñi (2009) mencionan que, debido a la amplitud y variedad de dimensiones que cada uno de estos AC posee, ninguno se encuentra completamente estudiado y con sus dimensiones totalmente determinadas, permitiendo así una gran cantidad de definiciones de cada uno y de métodos de evaluación de estos.

Existen diversos test para medir el AC, desde los más generales hasta los más específicos, haciendo la obtención de la información cada vez más precisa, pero a su vez dificultando la elección del cuestionario apropiado, ya que cada uno se hace según la línea de propuesta de las dimensiones de éste.

Debido a que son tan variados y numerosos los Test para poder medir el AC y cada una de sus dimensiones, hemos decidido, siguiendo nuestra línea de investigación, optar por no utilizarlos durante nuestra investigación.

6.3. AUTOCONCEPTO Y ACTIVIDAD FÍSICA

La práctica de actividad física se describe como un factor importante que influye sobre el AF y sobre el AC global (Esnaola y cols., 2008; Goñi 2009; Lundberg et al., 2011). Del primero se sabe que tiene una relación directa debido a las dimensiones que este posee y que van a estar determinadas por el nivel de actividad física, obesidad, condición de salud, entre otros.

Según Reigal, Videra, Parra y Juárez (2012) la práctica de deporte durante la adolescencia tiene un efecto positivo en adolescentes sin situación de discapacidad y en cómo éstos desarrollan y perciben su AF en comparación con adolescentes que no practican deporte. Señala, además, que esta mejora no solo ocurre en el AC, sino que también se observa en su percepción de salud y en su satisfacción vital, en las que se pueden ver diferencias significativas en comparación al grupo que no practicaba deporte.

En el estudio de Lundberg et al. (2011) con veteranos de guerra con situaciones de discapacidades adquiridas, se obtuvieron resultados similares, mostrando que la práctica de un deporte, ya sea regular o adaptado a PeSD,

tiene una influencia positiva sobre el AC físico y global, contribuyendo, además, en otros aspectos de la vida de la persona, como su humor y percepción de CV.

6.4. AUTOCONCEPTO Y DISCAPACIDAD

Es necesario es considerar y comprender que la discapacidad, ya sea adquirida o congénita, tiene una especial influencia en la percepción de sí mismos, repercutiendo en su forma de desenvolverse en sus vidas.

Según Lundberg et al. (2011), el AC de las PeSD es más bien negativo, relacionándose a la percepción de las habilidades o competencia física, siendo la disminución de la capacidad o la dificultad para realizar tareas simples, uno de sus mayores detonantes. Además de este punto, la gran influencia que posee el estereotipo de la discapacidad sobre la sociedad, en conjunto a los prejuicios y pobre visión de las PeSD, alimentan un AS negativo.

6.5. AUTOCONCEPTO Y CALIDAD DE VIDA

Para Lundberg et al. (2011), el AC puede tener implicancias en el bienestar general, el cual se relaciona directamente a la CV, mejorándola o empeorándola según este sea positivo o negativo. Estos investigadores obtuvieron mejoras en el AC general, el cual contribuyó en la mejora de los estados de ánimo de las PeSD estudiadas y por consiguiente en su CV.

Groff et al. (2008) concluyen en su estudio que una identidad atlética positiva, tiene un impacto positivo sobre la CV de personas con Parálisis Cerebral (PC), y que éste, además, es potenciado a través de la práctica de DA.

En su publicación, Esnaola y cols. (2008), mencionan como un AC positivo tiene implicancia en el cumplimiento de metas de las personas, ya sean personales o profesionales, brindando importantes bases sociales, personales y laborales, influyendo de forma positiva sobre la satisfacción personal del individuo.

7. DEPORTE ADAPTADO

Desde hace décadas, el deporte se utiliza como estrategia terapéutica para los veteranos de guerra con discapacidades adquiridas. Actualmente, esta práctica, se ha hecho masiva, saliendo del ámbito estrictamente terapéutico, llegando a ser recreativo y competitivo, con miles de adeptos a través del mundo (Lundberg et al., 2011; Right to play y ONU, 2008; Winnick, 2011).

Según la ONU, el deporte es el único con la habilidad de traspasar las barreras del lenguaje, culturales y sociales, permitiéndole ser utilizado como una plataforma para estrategias de inclusión y adaptación para las PeSD (ONU, 2013; Right to play y ONU, 2008). A partir de la CDPD en el 2006 y siguiendo el artículo 30.5 de dichos derechos, los diversos países han ido incorporando estrategias de inclusión a través del DA, ya sea con fines políticos o siguiendo esta línea de acción (Hannon, 2005; ONU, 2013; Right to play y ONU, 2008).

7.1. DEFINICIÓN

Para la ONU el deporte es *“todo tipo de actividad física organizada”*, esto quiere decir que tenga una estructura basada en un reglamento fijo y común para todas las naciones y personas (ONU 2013; Right to play y ONU, 2008). En el contexto del DA, Torralba (2006) lo define como *“deportes a los que se les han introducido modificaciones o creados para que puedan ser practicados por personas con discapacidad”*, definición a la que Hernández, citado por Niort, (2003), se contrapone al decir que *“no se adapta un deporte sino se genera uno nuevo”*. A partir de estas definiciones, se puede decir que el DA está conformado por todas las disciplinas deportivas que han sido creadas para permitir la práctica y participación de las PeSD ya sea con fines competitivos, recreativos o terapéuticos.

Además de la definición común del DA existen diversos modelos de integración dentro de los que se realiza esta práctica. Sanz, Ruíz y Pérez (2012) proponen tres modelos, en el que podemos encontrar el *segregador*, el cual se basa en la práctica en centros específicos para PeSD o personas sin situación de discapacidad (PSD); *paralelos*, en los que ambos practican por su

cuenta en un espacio común; y, por último, de *integración e inclusión*, en el que ambas, PeSD y PSD, participan de forma conjunta en un deporte, siempre y cuando el nivel de afectación y juego lo permitan. Este último modelo engloba los objetivos propuestos por la ONU, que buscan la integración e inclusión de las PeSD a la sociedad, permitiéndoles interactuar desde la igualdad con las demás personas.

Dentro de los objetivos del DA se encuentra la promoción de un estilo de vida saludable; prevención de enfermedades relacionadas al sedentarismo y el retroceso en la rehabilitación física; promover la auto-superación; mejorar la autoconfianza y las HM; y promover el deporte como un medio de integración (Right to play y ONU, 2008; SENADIS, 2013; Zucchi, 2001).

7.2. HISTORIA DEL DEPORTE ADAPTADO

Previo al movimiento de post-guerra, en 1870, ya se hablaba sobre el DA para PeSD en Estados Unidos, en este caso, con discapacidades auditiva (Carrasco y Carrasco, s.f.; Winnick, 2011). La idea del deporte para PeSD vuelve a tomar fuerza luego de la Primera Guerra Mundial como una herramienta terapéutica para superar los traumas de los veteranos afectados físicamente y que estaban hospitalizados. Luego de esto pierde fuerza, la cual retoma nuevamente, luego de la Segunda Guerra Mundial, surgiendo deportes en silla de ruedas más organizados (Wind, Schwend y Larson, 2003; Winnick, 2011).

En 1944, Sir Ludwig Guttmann del Hospital Stoke Mandeville, introdujo el DA como un complemento a la rehabilitación, siendo, además, uno de los primeros en organizar campeonatos nacionales e internacionales para PeSD. De ahí en adelante comenzó la evolución del DA desde una actividad puramente terapéutica a una de carácter lúdico y recreativo, llegando al ámbito competitivo e integrando a diversas ramas deportivas (Carrasco y Carrasco, s.f.; Winnick, 2011). Años después e inspirados por la iniciativa de Guttmann, diversos países han fundado asociaciones para deportistas en situación de discapacidad, las cuales promueven la competitividad y la recreación sin importar la discapacidad (Winnick, 2011).

En 1960 se realizó la primera Olimpiada para Discapacitados en Roma, y así sucesivamente, incorporándose cada vez más países y disciplinas, coincidiendo la mayoría de las veces con las Olimpiadas en la fecha y en la sede siendo la última de ellas Londres 2012 (Wind et al., 2003; Winnick, 2011).

7.3. BENEFICIOS DEL DEPORTE ADAPTADO

Diversos autores afirman que la práctica de deporte lleva consigo ciertos beneficios para quienes las practican. Dentro de los beneficios generales descritos para el deporte regular y el DA se encuentran las influencias positivas a largo plazo sobre el estado de salud y bienestar, desarrollo personal y social (Hannon, 2005; Lundberg et al., 2011; Martínez- Illescas y Martínez, 2003; McCubbin, 2003; Niort, 2003; ONU, 2012; Right to play y ONU, 2008; Wind et al., 2003); los cuales serán profundizados a continuación.

a. Beneficios Físicos

El sedentarismo presente en la mayoría de las PeSD es un factor predisponente a la acumulación de masa grasa, aumentando el riesgo de padecer de obesidad, problemas cardiopulmonares, atrofia muscular y deformación articular (McCubbin, 2003; Niort, 2003; Wind et al., 2003). Es por lo nombrado anteriormente que la práctica de DA en PeSD ha ido adquiriendo mayor importancia, comenzando también su utilización desde la infancia, para poder prevenir estas enfermedades en niños y adultos en situación de discapacidad (Wind et al., 2003; Cardoso, 2011).

McCubbin (2003) recalca que el DA es el único medio de participación que genera múltiples beneficios a nivel de salud y bienestar en las PeSD. Dentro de estos beneficios se pueden observar que al practicar un DA este mejora las habilidades o destrezas físicas, aumenta la coordinación, equilibrio estático y dinámico, mejora la motricidad gruesa y fina, disminuyen los depósitos de grasa en el cuerpo, mejora la resistencia al ejercicio y la recuperación posterior a ésta, incrementa la fuerza y potencia muscular relacionadas al aumento de la masa muscular (Hannon, 2005; Lundberg et al., 2011; Martínez- Illescas y Martínez, 2003; McCubbin, 2003; Niort, 2003; ONU, 2012; Right to play y ONU, 2008; Wind et al., 2003). Vidal (2003) menciona

una correlación positiva frente a una mejora del nivel físico y la disminución de la morbimortalidad en PeSD.

Golubovic, Maksimovic, Golubovic y Glumbic (2011) y Frey (1999), éste último mencionado por McCubbin (2003), estudiaron el efecto de la práctica regular de DA en niños con discapacidad intelectual, obteniendo resultados positivos en cuanto a la capacidad física. Golubovic y cols. en su estudio del 2011 en Serbia, demostraron que una actividad regular (3 sesiones de 45 minutos por semana) y personalizada, era capaz de obtener resultados favorables en cuanto a la potencia y distancia de salto, equilibrio estático y velocidad entre otros en niños con discapacidad intelectual media y límite.

Cardoso (2011) y Hannon (2005) destacan también el papel del DA como complemento a la rehabilitación de las PeSD, al mejorar sus condiciones físicas e impedir el retroceso de las habilidades adquiridas durante este proceso. Además mencionan como el DA en silla de ruedas permite mejorar el manejo de estas, ya sea por la adquisición de fuerza o por la mejoría en la destreza del conducción de estas en distintos espacios y barreras arquitectónicas (Hannon, 2005; Wind et al., 2003)

b. Beneficios Sociales

Además de los beneficios a nivel físico, la práctica de DA permite el desarrollo de habilidades sociales (Hannon, 2005; OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008) como el poder respetar normas, facilitar la generación de lazos de amistad y redes sociales dentro del grupo de deportistas y con otras personas, aprender a trabajar en equipo y ser solidarios (Hannon, 2005; Niort, 2003; OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008).

Cardoso (2011) en su recopilación de bibliografía sobre el DA y sus beneficios, llega a la conclusión de que el DA, en términos sociales, aumenta el bienestar general de la PeSD al promover la socialización y la integración social de ésta.

Otros de los beneficios a partir de la práctica de DA, que diversos autores mencionan en sus estudios y revisiones bibliográficas, se generan principalmente cuando las PeSD comparten con un grupo más grande e

intercambian experiencias (Cardoso, 2011; Hannon, 2005; OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008). Dentro de estos se encuentra el respeto a sí mismo y a los demás, la aceptación por parte de la sociedad, la disminución de la estigmatización que ocurre, principalmente, a través de la demostración de las destrezas físicas adquiridas, las que otorgan una imagen positiva acerca de la discapacidad, lo que va a aminorar la discriminación de las PeSD y mejorar los prejuicios a cerca de estas personas, teniendo un impacto positivo sobre la inclusión social de estas (Cardoso, 2011; Hannon, 2005; Niort, 2003; OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008). Es por esta razón que la OMS señala que el DA es el medio más poderoso y de menor costo que propicia una mayor inclusión social para la PeSD; favoreciendo, además, que esta pueda incorporarse con mayor facilidad al mundo laboral y derribar las barreras culturales que lo mantienen aislado de la sociedad (OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008).

c. Beneficios Psicológicos

Según Lundberg et al. (2011), la práctica del DA está asociada a la percepción de competencia y mejora del estado de ánimo. Este investigador toma como referencia la disminución en la tensión, depresión e ira y el incremento en el vigor de estas personas, a través de la aplicación de un test pre y post intervención con DA y con actividades grupales no deportivas. Cardoso (2011), por su lado, menciona la disminución de la depresión y la ansiedad como asociadas a la práctica del DA.

En términos de AC, la mayoría de los autores encontró relaciones positivas frente a la práctica deportiva y la mejoría de esta en todos sus componentes en las PeSD (Hannon, 2005; Lundberg et al., 2011; Martínez-Illescas y Martínez, 2003; Niort, 2003; OMS, 2012; Wind et al., 2003). De forma más específica las mejoras que ellos percibieron fueron principalmente el aumento de la autoestima, autoconfianza, imagen corporal y aceptación personal de la discapacidad, las cuales tienen relación directa a la competencia física positiva apreciada por las PeSD que practican DA (Hannon, 2005; Lundberg et al., 2011; Martínez- Illescas y Martínez, 2003; Niort, 2003; OMS, 2012; Right to play y ONU, 2008; Wind et al., 2003).

La OMS y Niort, describen otros beneficios relacionados a las mejoras de la salud mental de las PeSD, además de la adquisición de autocontrol, concentración, memoria y motivación (Niort, 2003; OMS, 2012).

7.4. TIPOS DE DEPORTE ADAPTADO

El Comité Paralímpico Internacional (IPC) es el encargado de coordinar los juegos Paralímpicos de verano e invierno y actúa como Federación Internacional organizando Campeonatos Mundiales para nueve disciplinas. El IPC informa sobre 28 disciplinas distintas de DA, las cuales divide en deportes de verano y deportes de invierno. Los deportes de invierno se componen de Curling en silla de ruedas, Sky Alpino, Cross- Country Sky, Biatlón y Hockey. En los deportes de verano se encuentra la mayoría de los DA, entre los que destacan el basketball en silla de ruedas, goalball, fútbol 7 y fútbol 5, Ciclismo, Atletismo, Halterofilia, Bochas, entre otros (IPC, 2013). Este último DA fue el escogido para ser descrito en mayor profundidad, ya que es el deporte practicado por nuestro grupo de estudio.

a. Bochas

Según la Asociación Internacional de Deportes y Recreación en Parálisis Cerebral (CPISTRA) y la Federación Internacional de Bochas (BISFed), bochas se caracteriza por ser un deporte que requiere de precisión, concentración, control muscular y conciencia táctica, el cual era antes un deporte exclusivo para individuos con PC, sin embargo, actualmente incluye a distintas discapacidades (BISFed, 2013).

Con respecto a la forma de juego, este deporte puede realizarse de forma individual, en dobles o en equipos. En el Club Deportivo de El Bosque se juega con la modalidad de frontón bochas en categoría libre, que es una adaptación del tradicional deporte. Las reglas del juego señalan que un equipo, compuesto por seis jugadores, debe tener seis bochas o bolas rojas y el otro, seis bochas azules. El juego consiste en lanzar una bocha, ya sea roja o azul, hacia el “bochín” o bola blanca, la cual está ubicada en un punto previamente fijado en el centro de la cancha. El equipo o individuo que logre tener más bochas cercanas a la blanca irá acumulando puntos y, eventualmente, ganará

el juego quien más puntos tenga al final del partido (BISFed, 2013; CPISRA, 2013).

La clasificación de los jugadores se realiza según su grado de independencia y la necesidad de ayudas, ya sea de asistente o de canaletas para realizar sus lanzamientos y posicionamiento en cancha (BISFed, 2013). Esta clasificación se divide en:

- **BC1:** aquellos competidores que realizan lanzamientos con mano o pie y que pueden requerir de un asistente que se encuentra fuera de la zona de juego para que lo ayude a acomodar su silla o a entregarle la bocha cuando sea necesario.
- **BC2:** los jugadores pueden lanzar la bocha con la mano, no necesitan ayuda.
- **BC3:** los jugadores de esta categoría tienen disfunciones locomotoras severas en las cuatro extremidades, con la función de prensa y liberación de la mano comprometida y aunque pueda mover su brazo, el rango es insuficiente para permitirle jugar, requiriendo de la ayuda de una canaleta y de asistente. Este asistente se mantiene dentro del rectángulo de cancha del jugador sosteniendo la canaleta, sin poder observar la cancha.
- **BC4:** en esta categoría los jugadores tienen un daño locomotor severo de las cuatro extremidades y además un pobre control de tronco. Poseen la destreza suficiente para lanzar la bocha a la cancha, no requieren de asistencia.

La CPISRA tiene en sus registros al menos 50 países en los que se practica este deporte de forma oficial, entre estos Chile.

7.5. DEPORTE ADAPTADO Y CALIDAD DE VIDA

Diversos estudios avalan el efecto positivo que el DA puede tener sobre ciertos factores que están relacionados directamente a la percepción de CV de las PeSD. En el estudio de Zabriskie et al. (2005) obtuvieron un resultado positivo sobre la percepción de CV luego de la participación de estos en un programa de DA basado en RBC junto a sus familias. Estos resultados fueron

similares a los obtenidos por Lundberg et al. (2011), quienes identificaron cambios en su estado de ánimo, AC, y otros, influyendo de forma positiva sobre estos aspectos que, según los investigadores, se relacionan de forma directa a la CV.

Groff et al. (2008) mencionan el estudio de Huztler y Sherrill, en el que los investigadores proponen una cadena de impactos positivos sobre la vida de la persona que se generan a partir de la práctica de un deporte o del incremento de la actividad física de la PeSD. Estos impactos abarcan distintas dimensiones de la persona, afectando de forma positiva su salud mental y física, mejorando su CV. En esta misma investigación, estos autores observaron efectos positivos en 73 atletas con PC, constatándolo a través de test, los cuales señalaban que la práctica de DA influía en ciertos aspectos de estos, mejorando su percepción de CV.

7.6. DEPORTE Y RBC

Desde años atrás, la RBC busca incorporar a la PeSD a distintas actividades que las propias barreras de nuestra sociedad imponen para ellos. Estas actividades comprenden desde lo más simple, como la participación en organizaciones sociales, actividades de relajación y deportes hasta acciones más complejas como la inserción laboral de la PeSD (OMS, 2012). Diversos países llevan más de una década creando espacios donde se pueda cumplir esta meta de la RBC, como es el caso de México, donde la ONG “Piña Palmeras” realiza actividades deportivas inclusivas, en las que PeSD y PSD se reúnen y participan en conjunto. Otro ejemplo, es la intervención a cargo de Handicap International en Marruecos durante el 2007, donde se implementó un programa de deporte inclusivo, atrayendo a más de mil PeSD que participaron en diversos de estos deportes, logrando acceso a servicios y a oportunidades de participación que antes no tenían (OMS, 2013). Otro caso notable, expuesto por la OMS en la Guía para RBC, es el de los veteranos de guerra en Eritrea, a quienes se les capacitó como entrenadores de fútbol infantil, logrando cambiar de forma positiva la percepción que ellos tenían de sí mismos y, además, repercutiendo positivamente sobre el AC de los niños en situación de

discapacidad, posicionando a los veteranos de guerra en un papel de modelo a seguir para estos (OMS, 2013).

A través de la práctica deportiva, la RBC busca cumplir con su cometido de cambiar la visión que tiene la sociedad respecto al rol pasivo de la PeSD. La OMS destaca que la asistencia a las PeSD enfocadas a la adquisición de habilidades y destrezas, logra empoderarlos y proyectar una imagen positiva de estas para el resto de la sociedad, facilitando el camino a la inclusión (OMS, 2013).

8. SITUACION DE DISCAPACIDAD EN CHILE

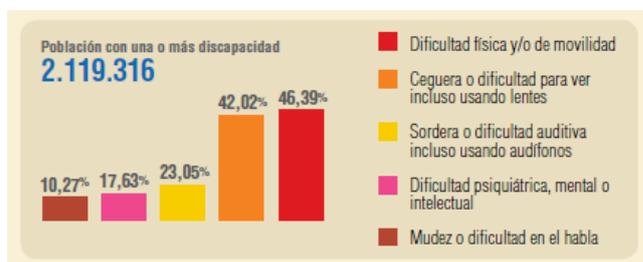
8.1. SITUACIÓN EN CHILE

La discapacidad en Chile es medida a través de diferentes métodos, siendo la más actualizada la medición realizada por el Censo 2012, el cual busca conocer la magnitud, las características sociodemográficas y la distribución territorial de la población que presenta una situación de discapacidad, constituyendo una información de gran valor para el desarrollo de políticas y acciones en diversos sectores, como educación, salud, empleo, vivienda y otros, con el objetivo de mejorar su CV (INE, 2012).

El término discapacidad, según el INE, fue definido para esta ocasión como “aquéllas que debido a un problema de salud permanente tienen mayor riesgo que la población en general de experimentar restricciones en la realización de tareas determinadas o participar en actividades correspondientes a determinadas funciones” (INE, 2012).

Los resultados obtenidos en el Censo 2012 indicaron que el número de PeSD con una o más discapacidades en Chile es de 2.119.316 personas, correspondiente alrededor del 12,74% de la población chilena (INE, 2012). En la figura 2.7, se observa que la dificultad física y/o de movilidad, junto con la ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes, son las discapacidades más recurrentes.

Figura 2.7. Porcentaje de discapacidad de la población en situación de discapacidad.



Fuente: INE, 2012.

El CENSO 2012 asegura que en el país existen 1.131.563 mujeres en situación de discapacidad, equivalente al 53,4% del total (SENADIS, 2013). Por otro lado, con respecto a los grupos etarios, se identificó que entre los 45 años o más, se concentra alrededor del 67% de la población total con una o más discapacidades como se observa en la tabla 2.3 (INE, 2012).

Tabla 2.3. Grupos etarios de la población en situación de discapacidad.

Grupo de edad	Población total con una o más discapacidades	Dificultad física y/o de movilidad	Mudez o dificultad en el habla	Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual	Sordera o dificultad auditiva incluso usando audífonos	Ceguera o dificultad para ver incluso usando lentes
Total País	2.119.316	983.141	217.688	373.545	488.511	890.569
0 a 14 años	186.984	52.073	56.699	55.442	21.617	52.556
15 a 29 años	228.014	63.875	31.599	65.463	26.176	100.534
30 a 44 años	284.510	102.274	27.858	65.710	42.512	113.090
45 a 59 años	530.088	235.313	33.353	77.742	91.599	253.228
60 años o más	889.720	529.606	68.179	109.188	306.607	371.161

Fuente: INE, 2012.

Según la distribución regional, la mayor población en situación de discapacidad se concentra en la región Metropolitana, con un total de 705.458 habitantes, le sigue la región del Biobío con 326.173 personas y la región de Valparaíso con 226.262 habitantes (SENADIS, 2013).

Con respecto al Censo 2012 y posterior a la entrega de las nuevas cifras de PeSD, la directora del SENADIS, María Ximena Rivas, señaló en relación a la situación actual en Chile y la discapacidad que *“el país ha transitado desde una visión asistencialista y caritativa de la discapacidad, hacia un modelo de Derechos que se basa en un cambio cultural y en asumir como sociedad el deber de crear las condiciones para una plena inclusión de las personas con*

discapacidad, pasando de las soluciones especiales o alternativas, a una estructura social preparada para dar respuesta a las necesidades de cualquier persona sin discriminación alguna” (SENADIS, 2013).

Esta transición, señalada por la directora del SENADIS, ha ocurrido debido, principalmente, a las nuevas políticas inclusivas realizadas a partir de la CDPD del año 2006, como la elaboración de la ley N°20.422.

8.2. POLÍTICAS DE INCLUSIÓN

En las últimas décadas, América Latina y el Caribe han hecho grandes avances en los temas relacionados con la discapacidad, recorriendo desde políticas de asistencialismo hacia otras de participación, pero principalmente hacia el enfoque de derecho. Andrea Zondek, Secretaria Ejecutiva el año 2004 del entonces Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), actualmente SENADIS, en el Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas” realizado por el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud (MINSAL), SENADIS, OMS, OIT, UNESCO y MINEDUC en Santiago, destaca que las PeSD en América Latina, hoy en día, son consideradas como personas, pero sobre todo como personas con derechos (UNICEF y MINEDUC, 2005).

Chile también avanzó en su legislación y el año 1994 se firmó la primera Ley de integración social de las PeSD, Ley N° 19.284, que profundiza en el derecho de estas. Una década más tarde, Chile da pasos importantes en materia de discapacidad y la integración social y, junto a la Comisión de Discapacidad de la Cámara de Diputados, redactan la reforma a la Ley 19.284, sin embargo, hasta el año 2004, no se contaba con un Plan de Acción en términos de políticas nacionales (UNICEF y MINEDUC, 2005).

Durante el 2004, año Iberoamericano de la Discapacidad, el SENADIS se puso algunas metas con respecto a este tema y decidió aplicar el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) basado en la CIF, seleccionando alrededor de 70 preguntas y encuestando a casi 50 mil personas en 14 mil hogares, junto al INE. Estos datos demostraron que la población en

situación de discapacidad era mayor que la población indígena y que la población adulta mayor de nuestro país (UNCICEF y MINEDUC, 2005).

Un paso importante, fue realizar el año 2004 un Plan de Acción en Discapacidad (PLANDISC), donde participaron autoridades de gobiernos regionales junto a las OPD, quienes, además de hacer su propio programa, desarrollaron un Plan Nacional de Acción por 15 años. El PLANDISC es un instrumento de gestión de carácter estratégico del Gobierno de Chile para operacionalizar la Política Nacional para la Integración Social de las PeSD. En este sentido, el PLANDISC 2004-2010, representó los compromisos gubernamentales para el avance de las políticas sociales y el mejoramiento de las condiciones de vida de las PeSD (MIDEPLAN, 2010).

Con la participación de representantes de las OPD, del sector público y privado y autoridades de gobierno, se realizó el año 2010 el “Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad – PLANDISC 2010 - 2018”, cuya coordinación estuvo a cargo del SENADIS. Además, a través de este plan se intentó hacer efectivo el pleno ejercicio de los derechos de las PeSD en diversos ámbitos de su vida, a través del acceso a la salud, educación, trabajo, comunicación y espacios físicos, entre otros. Al respecto, el MIDEPLAN de ese año, Felipe Kast, señaló que *“la cooperación internacional es fundamental en el desarrollo de los países. Como Estado y sociedad tenemos un enorme desafío, generar un cambio cultural profundo para la eliminación de las barreras de todo tipo, y sentar las bases para promover la accesibilidad universal. Es responsabilidad de todos colaborar en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, para que logremos generar una sociedad más justa y equitativa y así poder decir con orgullo que Chile es un país inclusivo”* (MIDEPLAN, 2010).

El MINSAL, el año 2010, crea las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS 2010 -2014, donde los principales objetivos y metas del trabajo para este periodo eran insertar el modelo de Rehabilitación Integral y posicionar a la rehabilitación biopsicosocial, como una línea estratégica de desarrollo en salud, aumentando la capacidad

de respuesta de la red pública a las necesidades de rehabilitación de sus usuarios (SENADIS, 2013).

Posterior a la Encuesta Nacional de Salud del año 2010, donde se refleja el panorama preocupante debido al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, el MINSAL reunió la evidencia, convocó a expertos, y aunó voluntades para diseñar una política pública para la década 2011 – 2020, creando un documento con la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Dentro de esta estrategia destaca el objetivo número dos, el cual, busca prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, donde en su punto número ocho busca disminuir la discapacidad, a través de estrategias como mejorar la cobertura y la calidad del trabajo asistencial en red; fortalecer el trabajo intersectorial y la participación comunitaria; y mejorar la pesquisa, tratamiento e inserción social de personas con déficit en órganos de los sentidos (MINSAL, 2010).

Finalmente, uno de los hechos más significativos ocurre el 10 de febrero del año 2010, donde se decreta la entrada en vigencia de la Ley 20.422 que establece normas para la inclusión social e igualdad de oportunidades de las PeSD (SENADIS, 2013).

8.3. LEY N° 20.422

En 1994 se promulgó la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, y se creó el FONADIS, cuya misión institucional era la de contribuir a la integración social y a la equiparación de oportunidades de las PeSD. Sin embargo, en el área de salud, no existía una política nacional de rehabilitación que favoreciera el desarrollo e implementación de los programas de RBC (Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), 2005).

El 10 de febrero de 2010 entró en vigencia la Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, la cual se basa en los principios de vida

independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social (SENADIS, 2010). El objeto de esta ley es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las PeSD, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (Ley N°20.422, 2010).

La ley señala que los programas destinados a las PeSD que ejecute el Estado, tendrán como objetivo mejorar su CV, principalmente, a través de acciones de fortalecimiento o promoción de las relaciones interpersonales, su desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y el ejercicio de sus derechos.

Además, establece nuevos organismos para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las PeSD: Comité de Ministros, SENADIS y Consejo Consultivo, constituyendo un sólido marco legislativo en nuestro país (SENADIS, 2010).

8.4. SENADIS

El SENADIS es un servicio público descentralizado territorialmente, cuya misión es velar por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las PeSD y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas, relacionándose con el Presidente de la República por intermedio del Ministerio de Desarrollo Social (SENADIS, 2013).

El SENADIS (2013) señala que para dar cumplimiento a esta labor tiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Asesorar e integrar las políticas públicas hacia las PeSD en el marco de los lineamientos de la Política Nacional de la Discapacidad, con el objetivo de incorporar la discapacidad como parte de toda política pública, cumpliendo con lo señalado en la Ley y las Convenciones Internacionales.

- Coordinar el conjunto de prestaciones y acciones sociales para las PeSD, mediante acuerdos y convenios, con el objetivo de optimizar la oferta hacia las PeSD.
- Promover el diseño y la implementación de estrategias inclusivas para las PeSD, mediante la ejecución de programas y proyectos con pertinencia territorial que apunten al desarrollo de su autonomía, independencia, autovaloración y sociabilidad.
- Liderar acciones que contribuyan al desarrollo de una cultura de respeto de los derechos de las PeSD, a través de estrategias de información, educación y protección.
- Promover y proteger el cumplimiento efectivo de los derechos de las PeSD que favorezcan la inclusión social, creando mecanismos para la plena participación de las PeSD, mediante la evaluación y certificación de la inclusión social y el desarrollo de acciones para la defensoría de derechos.

8.5. RBC EN CHILE

En Chile aún existen fallas en el acceso de PeSD a su rehabilitación. El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, realizado el 2004, revela que sólo el 6,5% de las PeSD accedió a servicios de rehabilitación durante el año, es decir, 1 de cada 15 PeSD (SENADIS, 2006).

A partir de marzo del 2006 se comenzó a desarrollar una plataforma estable de RBC, permitiendo proyectar acciones preventivas en APS. El SENADIS señala que es posible decir por tanto que la estrategia de RBC ha sido impulsada a través de la Red de APS, específicamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Red Ministerial (MINSAL, 2013).

En Chile, poco a poco se ha ido asumiendo socialmente la participación comunitaria en salud, surgiendo diversos proyectos financiados directamente por SENADIS, principalmente propuestos por las PeSD o sus familiares directos, sin embargo, desarrollados en recintos de salud primaria o terciaria

sin un mayor alcance con el resto de la comunidad. Algunas de estas iniciativas realizadas han sido la sala de estimulación temprana, Programa “Rehabilitación con apoyo familiar de 15 niños con discapacidad severa”, programa de capacitación a familiares y voluntarios para la rehabilitación, Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), entre otros (SENADIS, 2006).

a. Centro Comunitario de Rehabilitación

El INRPAC, institución precursora de la RBC en Chile, señala que una dimensión importante en la expresión física de la RBC son los CCR, entendidos como una instancia de participación comunitaria que aplicando la estrategia de RBC, acogen a la comunidad y en particular a las PeSD y su familia, articulando acciones y recursos de la comunidad para detectar y dar soluciones a sus propias necesidades de acuerdo a su realidad local, buscando a una real inclusión social (INRPAC, 2010). Indican que el CCR reúne orgánicamente y da soporte organizacional a diversas actividades como:

- Servicios de Cuidados básicos de rehabilitación de baja complejidad favoreciendo con esto el acceso oportuno con el propósito de optimizar los resultados funcionales, manteniendo y generalizando los logros obtenidos y previniendo la pérdida de las capacidades de las personas.
- Fortalecimiento y desarrollo social en rehabilitación potenciando el trabajo en Red que optimice el uso de los recursos disponibles en la comunidad y potencie la multisectorialidad de las organizaciones sociales e instituciones que se relacionan con las personas.
- Participación comunitaria que se traduzca en la representación de sus propias necesidades y empoderamiento, en la búsqueda de soluciones. Se considera la inclusión social como eje fundamental y a la comunidad como base, poniendo al servicio de ésta las herramientas técnicas que le permitan fijar, objetivar y acotar las metas, así como la planificación y ejecución de la estrategia diseñada para lograrlas.

Con respecto a la Participación Comunitaria, considerado como el trabajo conjunto entre todos los sectores de la comunidad en pos de la

resolución de sus propios problemas, el INRPAC destaca que para lograr este trabajo, es necesario conocer la comunidad donde se trabaja, tener en cuenta que la participación debe ser de carácter voluntario, debe haber coordinación entre sectores, no se deben hacer falsas promesas y la toma de decisiones debe ser planificada, tomando en cuenta aspectos como tener los objetivos claros, identificar los problemas sentidos y reconocidos por la comunidad, establecer y evaluar las posibles alternativas de solución y llevar a cabo lo planificado, estableciendo mecanismos de monitoreo y evaluación (INRPAC, 2010).

Para la facilitación de este proceso es necesario una gestión comunitaria de manera que se pueda encontrar las más variadas y mejores alternativas para resolver los problemas, donde uno de los elementos básicos para facilitar esta gestión es, según el INRPAC, la movilización comunitaria que para lograrlo se debe involucrar a todas las personas interesadas, mostrando a los distintos sectores los beneficios de trabajar en conjunto para alcanzar las metas y, fundamentalmente, promoviendo el empoderamiento de la comunidad en la resolución de sus propios problemas.

8.6. HISTORIA DEL DEPORTE ADAPTADO EN CHILE

Chile comienza su participación en Juegos Paralímpicos organizados por el IPC en el año 1992 en Barcelona, en las disciplinas de Natación y Halterofilia representados Gabriel Vallejos y Víctor Valderrama respectivamente sin obtener medallas. Este mismo año se funda la Federación Paralímpica de Chile (FEPARACHILE), la que hasta el 2012 albergó nueve disciplinas como Atletismo, Bochas, Ski Alpino, Natación, Halterofilia, Tenis en Silla de Ruedas, Tenis de mesa, entre otras.

La participación de nuestro país desde esa fecha en adelante se ha mantenido y ha ido sumando cada vez más deportistas y disciplinas deportivas. El 2002 Chile hace su primera participación en los Juegos Paralímpicos de invierno en Salt Lake City, Estados Unidos; en la disciplina de Ski Alpino y el 2008 se incorpora Macarena Quero, la primera mujer Chilena en participar en Natación (IPC, 2013).

El 2012, el atleta Cristián Valenzuela obtiene la primera medalla de oro para Chile en los 5.000 metros en Atletismo en los Juegos Paralímpicos de Londres (IPC, 2013). Luego de esta victoria se hace oficial la desafiliación al Comité Olímpico de Chile (COCh) y el cierre de la FEPARACHILE, dándose a conocer en Mayo del 2012, debido a deudas millonarias, siendo trasladados cada deportista a la Federación correspondiente a su disciplina (Biobiochile, 2013).

En su participación en las Olimpiadas Especiales de Corea 2013, Chile vuelve con siete medallas, 3 de oro y 4 de bronce en la disciplina de Ski Alpino (Olimpiadas Especiales, 2013).

El 23 de Marzo del año 2013, la organización de los X Juegos Suramericanos “Santiago 2014” hace el lanzamiento de los Primeros Juegos Parasuramericanos a realizarse en la capital durante los meses de Marzo y Abril del 2014, incorporando siete disciplinas con alrededor de 500 deportistas de 10 países, contando con el apoyo del IPC y del Comité Paralímpico de las Américas (APC) (Santiago 2014, 2013).

Actualmente en Chile existen diversos Clubes y Talleres de DA repartidos en diversas regiones y que se dedican a la enseñanza y práctica de diversas disciplinas (IND, 2013)

A través de sus áreas técnicas, el SENADIS trabaja con el DA en instituciones para PeSD, con el objetivo de aumentar su participación, apoyar la inclusión en el deporte y eventos deportivos a lo largo de todo el país, asesoramiento de instituciones en proyectos deportivos, mejorar la accesibilidad de eventos deportivos para las PeSD y patrocinar a los deportistas paralímpicos (SENADIS, 2013).

a. Bochas en Chile

En Chile no existe un registro oficial o Federación de bochas paralímpicas que hable sobre la historia de este deporte y que lleve una cuenta precisa de los Clubes y Asociaciones de bochas para PeSD en nuestro país, siendo el IND el único registro oficial los Clubes Federados de bochas inscritos en Chile. En total, según este registro, nuestro país tiene cuatro clubes

inscritos, dentro de los cuales uno de ellos es de deporte “normalizado” (IND, 2013). Según la Federación de Bochas de Chile (FECHIBO) “coordina y dirige en el país el Deporte de las Bochas, pero para personas no discapacitadas”, dejándolas bajo las manos de la FEPARACHILE, actualmente inexistente (FECHIBO, 2013).

Dentro de las comunas que cuentan con un sistema de RBC y fomentan la participación comunitaria a través del deporte, se encuentra la comuna de El Bosque, la cual cuenta con un número significativo de PeSD que lo practican. Para comprender como surge el Club, consideramos necesario conocer el contexto donde lo hace.

9. COMUNA EL BOSQUE

9.1. ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La Ilustre Municipalidad de El Bosque, correspondiente a una de las 32 comunas que conforma la provincia de Santiago, está ubicada al sur de la Región Metropolitana con una población de 190 mil habitantes (Municipalidad de El Bosque, 2012).

La comuna El Bosque es uno de los 17 nuevos territorios que en la Región Metropolitana fueron creados por el Decreto con Fuerza de Ley N°3060 de 1981. Pero fue a partir del 12 de agosto de 1991 que el Alcalde Sadi Melo Moya dio origen al proceso de fundación de ella, al ser nombrado Alcalde por el entonces Presidente de República, Patricio Aylwin Azócar, manteniéndose hasta la actualidad como tal (Municipalidad de El Bosque, 2012).

Está constituida por el desprendimiento de los distritos 1, 8 y 9 de la comuna de San Bernardo y los distritos 2 al 7 de la comuna de La Cisterna, totalizando una superficie general de 14,2 Km². Administrativamente, la comuna se divide en 6 Sectores, 53 Barrios y 175 conjuntos habitacionales (Municipalidad de El Bosque, 2012).

Sus límites son al Norte, la Avenida Lo Espejo y Calle Riquelme; por el Sur, el Camino Lo Blanco; por el Este, las calles Nueva Oriente y San

Francisco y por el Oeste la Avenida José Miguel Prieto, Camino Lo Ochagavía y Avenida Las Américas (Municipalidad de El Bosque, 2012).

En la comuna de El Bosque el Ingreso Autónomo por Hogar es de \$464.439.- de acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2006. En términos de pobreza, la última medición del año 2006, indica que la comuna tiene un porcentaje de población en situación de pobreza (15,8%) más alta que en la Región Metropolitana (10,6%) y que el país (13,7%); en tanto que la población no pobre (84, 2%) es menor que en la Región Metropolitana (89,4%) y el país (86,3%). Del total de población inscrita en El Bosque, un 15% equivale a niños de 0 a 9 años, un 17% a adolescentes (10 a 19 años), un 58% a población adulta (20 a 64 años) y un 10% a adultos mayores (Municipalidad de El Bosque, 2012).

La comuna de El Bosque se encuentra en la jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) representando al 14.94 % de la población total de dicho Servicio (Municipalidad de El Bosque, 2012).

9.2. DIRECCIÓN SALUD DE LA COMUNA DE EL BOSQUE

La Dirección de Salud de la Ilustre Municipalidad de El Bosque, comenzó a funcionar el día 3 de Marzo de 1992, con la particularidad de asumir 4 consultorios traspasados, 2 de la comuna de San Bernardo y 2 de la Comuna de La Cisterna, lo cual significó asumir funcionarios que venían de dos culturas administrativas distintas, encargándose de ser el órgano responsable de hacer llegar las orientaciones técnico, sanitarias y administrativas a los equipos de los centros comunales de salud (Municipalidad de El Bosque, 2012).

La comuna de El Bosque tiene un modelo de salud que es de atención integral con enfoque familiar y comunitario, es decir, está orientado a proporcionar a los individuos, a las familias y a la comunidad condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dando respuesta a sus necesidades de manera integral, continua, resolutiva, oportuna, eficaz, accesible y de calidad; y es el año 2006, donde todos los Centros de Salud de la comuna comenzaron a operar de acuerdo al Modelo de Salud Familiar (Municipalidad de El Bosque, 2012).

Su red asistencial, actualmente está compuesta por cinco CESFAM, un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), un Centro de Salud para Adolescentes (CSA), un CCR y tres Servicios de Urgencia de Atención Primaria (Municipalidad de El Bosque, 2012).

a. Oficina de la Discapacidad

El año 2000 se crea en la comuna de El Bosque, la Oficina de Personas con Discapacidad (OD), la cual se enfoca principalmente en el trabajo psicosocial. Con la inauguración de la OD, el municipio es capaz de cumplir con el objetivo de impulsar procesos destinados a facilitar y fortalecer la integración social, cultural, económica y comunitaria de carácter individual, familiar, comunitaria o institucional, promoviendo una cultura de respeto e integración a las personas con necesidades especiales, dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) (Municipalidad de El Bosque, 2013).

No obstante, el desarrollo organizacional y el empoderamiento de dirigentes y socios de las OPD, pusieron de manifiesto otros tipos de necesidades como la rehabilitación física, la cual hasta el aquel entonces se limitaba a los servicios que prestaba el Hospital Barros Luco Trudeau. Sin embargo, éste no siempre daba abasto para cubrir la demanda de toda la población, lo cual resultaba en largos tiempos de espera o una atención en forma tardía (Municipalidad de El Bosque, 2013).

Los trabajadores de la OD de El Bosque visualizan la rehabilitación como un concepto biopsicosocial, o sea, no remitido solamente a la terapia física, sino como estrategia que incorpora el desarrollo y la recuperación de la autonomía de las PeSD, que motiva e insta a la participación en espacios familiares y comunitarios, ayuda explorar intereses personales, desarrolla habilidades en las distintas áreas de desempeño, como lo son el trabajo u oficio, recuperación o continuidad de estudios básicos, medios o superiores, el fomento de la participación de la inclusión social (Municipalidad de El Bosque, 2013).

b. Centro Comunitario de Rehabilitación El Bosque

El Centro Comunitario de Rehabilitación El Bosque, nace en el año 2007 gestionado por la OD de la comuna para responder a la necesidad expresada por las PeSD de optar a rehabilitación, el cual utiliza plenamente la estrategia de RBC especializada en discapacidad física. La creación del CCR fue posible gracias a todo el apoyo comunitario que la OD realizó durante los siete años anteriores a la implementación de RBC, en donde se utilizaban estrategias de sensibilización, detección y promoción de este grupo vulnerable, para que así la comunidad bosquina los conociera, validando e incorporando en su cotidianidad comunal (Municipalidad de El Bosque, 2012).

Para su implementación, el CCR postuló a fondos concursables, siendo a lo largo de los años financiado por SENADIS, MINSAL y el municipio. Gracias a la optimización de estos recursos el CCR ha podido atender a muchas más personas que a los 20 beneficiarios anuales exigidos por SENADIS, alcanzando unas 72 personas en el año 2009. A partir de ese año, el CCR fue incluido dentro de la red ministerial con lo cual llegará de forma permanente el financiamiento para dos profesionales con jornada completa, un terapeuta ocupacional (TO) y un kinesiólogo, donde las principales áreas de intervención fueron (Municipalidad de El Bosque, 2012):

- Promoción: Promover Estilos de Vida Saludables en familias.
- Prevención: Desarrollar auto-cuidado en usuario, monitor y/o familia.
- Rehabilitación:
 - o Evaluar y rehabilitar física y funcionalmente a PeSD.
 - o Evaluación y habilitación social de PeSD.
 - o Implementar actividades de formación, capacitación y/o recreación para PeSD.
 - o Informar y sensibilizar en torno a la discapacidad a la comunidad en general.
 - o Formación de monitores comunitarios.

Dado el éxito que ha tenido en la comuna, el centro contará con nuevas instalaciones en el 2012, las que además de mejorar el espacio físico permitirán utilizar la infraestructura del estadio Lo Blanco, como la piscina,

canchas deportivas y áreas verdes cuidadas (Municipalidad de El Bosque, 2012).

El Trabajo Comunitario en la Comuna de El Bosque utiliza una metodología que consta de varias etapas: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación participativa; cuyo principal objetivo es poder generar el desarrollo autónomo de las comunidades que cuentan con PeSD, sus familias y las organizaciones asociadas al tema. En este sentido el trabajo comunitario efectuado a través de estas cuatro etapas, permite que las personas, familias y comunidades accedan a sus derechos en primera instancia; y con posterioridad generar proyectos recreativos como deportes para PeSD (Municipalidad de El Bosque, 2012).

Siguiendo esta estrategia de RBC, se fomentó la creación el Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque, destacándose por su Club de Bochas.

10. CLUB DEPORTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNA DE EL BOSQUE

10.1. HISTORIA

El Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque, se constituye como club a mediados del año 2012, contando como Presidenta a Jaqueline Andreo, quien también es presidenta de las OPD de la Comuna de el Bosque, agrupándose bajo el nombre de la Unión Comunal de Organizaciones de Amigos, Familiares y Personas con Discapacidad. Antes de oficializarse como tal, el Club se manejaba desde hace años como un taller de bochas, el cual iba reclutando miembros de diversas OPD de la comuna, generando así diversos equipos que entrenan en conjunto hasta el día de hoy.

10.2. EQUIPOS

El Club cuenta con variadas disciplinas que se enseñan a personas en distintos tipos de situaciones de discapacidad y que se llevan a cabo en diferentes locaciones. Las disciplinas enseñadas son Handball (Ver Imagen 2.1.), Patinaje Artístico, Basketball y Bochas.

Imagen 2.1. Handball en Silla de Ruedas Club El Bosque.



Hasta el momento Jaqueline señala que quiere aumentar la cantidad de disciplinas que imparte el Club y mejorar la implementación de estas a través de la postulación a proyectos que los sustenten.

10.3. CLUB DE BOCHAS

a. Historia

El Club de Bochas de PeSD de la Comuna de El Bosque comienza sus actividades alrededor del año 2008 como un taller bajo el alero de la Unión Comunal de Organizaciones de Amigos, Familiares y Personas con Discapacidad y actualmente se compone de distintas OPD, las cuales compiten por la misma comuna y entrenan en conjunto, teniendo gran cantidad de equipos, llevando dos años entrenando de forma constante (Ver Anexo 4).

b. Organización

Hasta el momento el Club cuenta con la directiva provisoria desde su formación, con Jaqueline Andreo como presidenta y para su funcionamiento cuenta con el apoyo de la OD de la comuna, a través de Jaqueline González, ayudándolos en la gestión del transporte (Imagen 2.2.) para los miembros del Club y para la obtención de los lugares de entrenamiento (Imagen 2.3.), contando además con el apoyo de la DIDECO. Sin embargo, el financiamiento del Club es autónomo, y se ayuda de aportes voluntarios y proyectos municipales.

El club reúne a distintos talleres de discapacidad, congregándose todos los sábados en el Colegio Ciudad de Lyon de la Comuna de El Bosque para poder entrenar en conjunto.

Imagen 2.2. Transporte del Club.



Imagen 2.3. Lugar de entrenamiento, Colegio Ciudad de Lion.



c. Características Actuales

Actualmente el Club se compone de aproximadamente 56 miembros y 8 equipos mixtos, además de asistentes y socios, como se observa en la imagen 2.4.

Imagen 2.4. Integrantes equipos de bochas del Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna El Bosque.



Imagen capturada en el Campeonato de Bochas de la Comuna El Bosque.

Dentro de los equipos que lo componen se encuentran los “Lesionados Medulares”, “El Bosque 1”, “El Bosque 2”, “El Bosque 3” y “Ríos de Chile”, entre otros.

Los miembros son reclutados de forma constante a través de la derivación de pacientes desde el CCR de El Bosque al Club deportivo o desde las OPD, con el objetivo de mantenerlos en actividad y como agentes participantes de la sociedad. Además, durante todo el año realizan demostraciones por la comuna para aumentar el interés y apoyo al deporte.

d. Campeonatos

La comuna de El Bosque realiza anualmente un campeonato de bochas intercomunal organizado por la OD, el CCR y la DIDECO, el cual reúne a cientos de jugadores de diferentes comunas y localidades.

Además, diversos clubes y municipalidades organizan campeonatos dentro y fuera de Santiago (Imagen 2.5.), invitando a los miembros del Club, siendo ayudados en su transporte por la Municipalidad. Hasta el momento participan en alrededor de cuatro campeonatos durante el año, los cuales se realizan en la comuna de El Bosque, Las Condes, Maipú y Los Andes.

Imagen 2.5. Campeonato Los Andes.



Imagen capturada durante el campeonato de Los Andes, organizado por Centro Esperanza Nuestra.

e. Centros de Entrenamiento

El entrenamiento de bochas se realiza de forma regular los días Sábados en el Colegio Ciudad de Lion, sin embargo, en situaciones extraordinarias los entrenamientos deben ser cambiados de lugar, utilizando el Liceo Crista Mc Auliffe, un Centro Comunal o el Estadio Lo Blanco.

- Colegio Ciudad de Lion.

Este colegio se encuentra ubicado en Almirante Riveros 10122 en la Comuna de El Bosque y se caracteriza por estar junto a una plaza muy bien mantenida que cuenta con múltiples juegos y lugares para descansar, tal como se observa en la Figura 2.8. Al costado de la plaza se encuentra un camino de tierra que comunica el acceso de vehículos del colegio con la calle, siendo el lugar por donde hacen ingreso los integrantes del Club, ya sea a través del furgón de la municipalidad o a través de sus sillas de ruedas. Sin embargo, este acceso, al igual que el resto del camino hacia las canchas, es bastante irregular lo que dificulta claramente el ingreso de las sillas de ruedas (Imagen 2.6.).

Figura 2.8. Entorno del Colegio.



Imagen obtenida de la Observación Participante de PF.

Imagen 2.6. Accesos al Colegio Ciudad de Lion.



El colegio cuenta con una cancha destinada y configurada para el entrenamiento de bochas, la cual se encuentra al aire libre y sólo con un techo que los protege de la lluvia (Imagen 2.7). Además, cuentan con una sala de descanso donde pueden ir a protegerse del frío, conversar, descansar y prepararse bebidas calientes (Figura 2.9).

Imagen 2.7. Cancha de Bochas.



Se observa en esta imagen que la cancha se encuentra delimitada y cubierta sólo por un techo.

Figura 2.9. Disposición de la cancha.

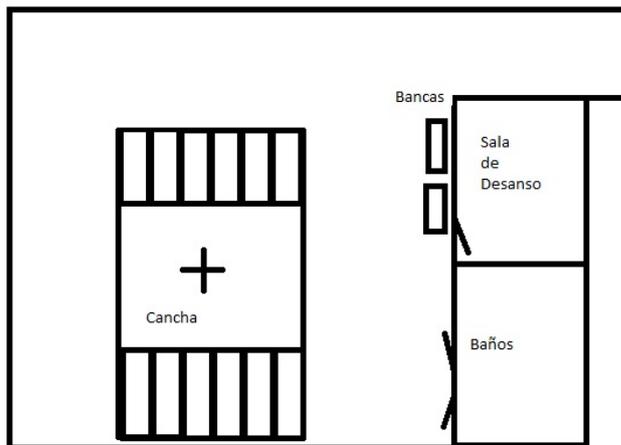


Figura obtenida de la observación participante de PF en la cual se observa la disposición de los distintos ambientes de la cancha, como los baños y sala de descanso.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

III. DISEÑO METODOLÓGICO

Durante la historia, se han originado diversos modelos explicativos del conocimiento, la realidad y su investigación (Fuentes, 2002; Maykut y Morehouse, 1999), siendo estos denominados paradigmas, los cuales son definidos por Crabtree y Miller como un *“conjunto entrelazado de supuestos concernientes a la realidad, al conocimiento de esta y las formas particulares válidas para conocerla”* (Solari, 2010).

Nuestra visión de la realidad se basa en el paradigma hermenéutico, ya que creemos que el sujeto no está solo condicionado por elementos externos a él, como lo postula el paradigma positivista, sino que más bien su accionar estará dado en función del sentido que éste lo otorga a sus experiencias (Cárcamo, 2005). Es así como la base ontológica de este paradigma, es decir, la forma y la naturaleza de la realidad; la constituyen las realidades múltiples y depende de la construcción de las personas individuales y compartidas, donde la manera de vislumbrar e interpretar esta realidad es en el marco de una comprensión mutua y participativa. De esta forma, los criterios a través de los cuales podemos determinar la validez y la bondad del conocimiento, es decir, la epistemología, es a través de la vía inductiva (Fuentes 2002; Rodríguez, Gil y García, 1999).

Debido a que concordamos con diversos autores como Echeverría (2005), Maturana (2009) y filósofos como Dewey y Wittgenstein, citados por Savater (2010), que consideran que la palabra puede construir el mundo y nuestra realidad, es que creemos que la metodología que más se adapta a nuestra necesidad de conocimiento y exploración de la realidad es la Metodología Cualitativa. La manera en que entendemos la naturaleza de la realidad afecta directamente como nos vemos a nosotros mismos en relación al conocimiento. Si el investigador construye el conocimiento, no puede separarse completamente de lo conocido; el mundo lo construimos nosotros. Si la realidad es múltiple y construida, las relaciones causales de esta son mutuas, por lo que el significado de un evento no es unidireccional, si no multidireccional y nos afecta a todos (Maykut y Morehouse, 1999). El objetivo principal de esta metodología es la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en

la realidad, centrada en la indagación de los hechos, donde el investigador adopta desde el comienzo de la investigación un papel personal, interpretando los sucesos y acontecimientos desde los inicios de esta (Rodríguez, Gil y García, 1999).

De esta forma, toma importancia el reconocimiento de la experiencia y de los elementos socioculturales, donde se entiende al sujeto como un ser consciente y con la capacidad de reconocer su historia (Cárcamo, 2005). Es por esta razón que creemos, al igual que Cárcamo, que nos encontramos en un permanente proceso de apertura y conocimiento, donde la realidad está para ser captada y ha de ser concebida como un proceso inacabado, y, especialmente, en permanente construcción.

En esta investigación buscamos comprender cuál es la influencia de la práctica del deporte adaptado en las habilidades motoras, el autoconcepto, la participación, la inclusión y la calidad de vida de sus participantes. Como nuestra forma de ver y comprender la realidad se basa en que esta depende de la construcción de los sujetos de manera individual y en conjunto, es fundamental enfrentarse a este problema conociendo las diferentes experiencias de los que participan en el DA y sus percepciones, adentrándonos con ellos en la experiencia de la práctica de este, para lograr un mayor conocimiento y comprensión.

Autores como Guba y Lincoln (1994) y Angulo (1995), citados por Rodríguez, Gil y García (1999), señalan que existe una serie de niveles de análisis que permiten establecer características comunes de las investigaciones cualitativas, conocidos como ontológico, epistemológico y metodológico, explicados con anterioridad.

A nivel ontológico, consideramos que la realidad de los que practican DA es dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma, influyendo en la forma de conocerla, las percepciones de quienes practican este deporte, sus realidades y nuestros propios valores e ideas.

A nivel epistemológico, creemos que la realidad concreta y los datos que nuestra investigación aportó, nos permitió, a través de la vía inductiva, realizar una teorización respecto a la influencia del DA en su CV.

Y por último, en el plano metodológico, referido a las distintas vías o formas de investigación en torno a la realidad, escogimos la de tipo cualitativo, por los motivos que fueron expuestos anteriormente.

Es así como para abordar de manera íntegra a los participantes de esta investigación y lograr comprender la forma en que el contexto, sus vivencias y las personas con las que se relacionan inciden en la manifestación de sus acciones, comportamientos y percepciones; desarrollamos una estrategia de investigación acorde a nuestros objetivos para lograr resolver nuestras preguntas de investigación.

1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Para poder responder nuestras preguntas, escogimos una estrategia de investigación que nos permitió acercarnos y centrarnos en la particularidad de los jugadores, cómo viven el DA y cómo este influye en sus vidas, denominada Estudio de Casos.

El estudio de casos, como lo definen Rodríguez, Gil y García (1999) y Sandín (2003), es la estrategia que permite, a través del uso de distintas herramientas de recolección de datos, indagar y comprender en profundidad un caso objeto de interés. Esta estrategia tiene como única exigencia que el caso posea un límite físico o social que le confiera entidad (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Stake (1998) señala que es esperable que este tipo de estudios abarque la complejidad de un caso particular, ya que es la particularidad y complejidad del caso en sí, que permite, a través de su estudio, comprender su actividad en circunstancias importantes (Sandín, 2003). Por lo que, como indica García (1991), implica un examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio (Sandín, 2003).

El estudio de casos posee cuatro características fundamentales, las cuales son ser particularista, descriptivo, heurístico e inductivo (Rodríguez, Gil y García, 1999; Sandín, 2003). Al ser particularista, el estudio de casos se centra en una situación o fenómeno en particular; la importancia del caso se da en torno a la información que entrega y a lo que representa, siendo apto para problemas prácticos, cuestiones, situaciones o acontecimientos que surgen de la vida diaria. En nuestro caso, la situación o fenómeno a investigar se relaciona a cómo influye la práctica de DA en distintos ámbitos de la vida de quienes lo practican.

Descriptivo, ya que se basa en torno a descripciones cualitativas ricas y densas sobre el fenómeno de estudio. Estas descripciones son las que consideramos que nos permitieron durante la etapa de análisis, obtener una gran riqueza de información, de tal modo, que pudimos responder nuestras preguntas de investigación. Es heurístico, debido a que ilumina la comprensión del lector en torno al fenómeno estudiado, permitiendo que este pueda descubrir nuevos significados y ampliar su experiencia o confirmar lo que ya sabe. Por otro lado, puede que aparezcan nuevas relaciones y variables desconocidas que puedan hacer replantear el fenómeno. Su última característica es ser inductivo, ya que se basa en este razonamiento (Rodríguez, Gil y García, 1999; Sandín, 2003).

En relación a la información presentada anteriormente, decidimos utilizar el estudio de casos como estrategia de investigación debido a que, a través de éste, pudimos conocer la influencia del DA al acercarnos a la particularidad de un grupo en específico y del contexto de quienes lo integran, permitiéndonos de esta manera inducir y comprender qué significa para ellos y cómo influye en sus vidas el practicar un DA, además de indagar con mayor profundidad sobre sus beneficios en los jugadores.

Nuestro caso escogido y estudiado fue el Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque para conocer cómo la práctica de DA, en este caso bochas, influyó en sus HM, AC, participación, inclusión y CV, desde su propia percepción y experiencias, para de esta forma poder

teorizar, a través de la inducción, cuál es la contribución del DA en las PeSD que lo practican.

2. EQUIPO INVESTIGADOR

El equipo de investigación de este estudio fue conformado por dos estudiantes de quinto año de la carrera de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), guiadas por el Kinesiólogo y Docente Enrique Portales.

El interés respecto al DA surgió a partir de nuestros primeros acercamientos a este durante un ramo de pregrado, desde ese momento y en conjunto con nuestra estrecha relación al deporte, nos empezamos a interesar en las modalidades adaptadas de este. Durante esta formación, es que ambas asistimos el año 2009 a una capacitación como árbitro y entrenador de handball en silla de ruedas, realizado por el Centro de Entrenamiento Olímpico (CEO) y Decio Roberto Calegari, entrenador de la selección de Handball en Silla de Ruedas de Brasil, en la que la misma experiencia de relacionarse con PeSD que realizaban deporte no hizo más que aumentar la curiosidad e interés por el tema.

Por otro lado, para realizar esta investigación, una de las integrantes realizó un acercamiento a la metodología cualitativa y el DA, realizando observaciones del equipo de bochas del INRPAC durante dos campeonatos y asistiendo a formación académica relacionada a la metodología en la Universidad Andrés Bello (UNAB) el año 2011.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y DEL ESCENARIO

Para adquirir un mayor conocimiento sobre el fenómeno a estudiar, es necesario, según la investigación cualitativa, seleccionar cuidadosamente a los participantes y escenarios. Sandín (2003) señala la posibilidad de que cada participante aumente la variabilidad de la muestra, por lo tanto, las personas y escenarios elegidos para la investigación corresponden a una “muestra intencionada” acorde a los objetivos planteados, donde estos deben cumplir ciertos requisitos definidos por el investigador, donde en un mismo contexto

otros miembros de este grupo no cumplen con estos (Rodríguez, Gil y García, 1999).

El escenario escogido fue el Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque, específicamente el equipo de bochas, el cual se reúne todos los sábados, entre las 10 a las 14 horas en el Colegio Ciudad de Lion y algunas veces en el Estadio Lo Blanco, ambos ubicados en la Comuna de El Bosque. La selección de este escenario se fundamenta en que los investigadores cualitativos les interesa entender las experiencias de las personas dentro de su contexto, donde el escenario natural es el lugar donde el investigador tiene más posibilidades de descubrir o develar, qué es lo que debe estudiar del fenómeno de interés (Maykut y Morehouse, 1999). Este grupo fue escogido debido a su heterogeneidad, ya que posee una gran cantidad de integrantes de distintos grupos etarios, con y sin situación de discapacidad, brindando una mayor diversidad de experiencias y realidades, enriqueciendo la información obtenida.

Nuestra investigación se realizó en base a una muestra intencionada, elegida a través de criterios que consideramos necesarios para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas posibles (Martínez, 2006). Por otro lado, Martín y Salamanca (2007), señalan que existen tres grandes dimensiones definidas como el tiempo, las personas y el contexto; que influyen en el proceso de selección de muestra para establecer, lo más sistemáticamente posible, los criterios utilizados, asegurando que esta sea adecuadamente escogida. Como mencionan Glaser y Strauss (1967) y Guba (1978), el tamaño de la muestra será determinado por la cantidad de datos, que reunidos, nos permitan alcanzar el punto de saturación, es decir, cuando lleguemos a un punto en el que disminuyan los resultados obtenidos, de tal forma que sean redundantes (Maykut y Morehouse, 1999). Por lo tanto, la selección de informantes en la investigación cualitativa tiene un carácter dinámico, donde este proceso no se interrumpe, sino que continúa a lo largo de la investigación, valiéndose de estrategias diferentes según el tipo de información que se necesita en cada momento (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Es así como nuestra muestra fue conformada por 6 personas pertenecientes al equipo de bochas del Club Deportivo de Personas con Discapacidad de la Comuna de El Bosque, seleccionadas de tal forma que logramos abarcar la cantidad necesaria para cubrir la diversidad del grupo y la información relevante para saturarla. Los criterios de selección para nuestros informantes incluyó que estos miembros llevaran como mínimo seis meses participando regularmente dentro de este grupo al momento de nuestro ingreso al Club, tuvieran más de 18 años, que no presentaran una discapacidad cognitiva de tal complejidad que impidiera su comunicación verbal con nosotras, que fuese capaz de generar un vínculo de confianza con nosotras que permitiera un efectivo intercambio de información y, sobre todo, que contaran con un lenguaje con la riqueza suficiente para poder obtener información abundante y clara. Cumpliendo con estos criterios, seleccionamos a:

- Tres jugadores, designados con la nomenclatura “J1”, “J2” y “J3”, respectivamente.
 - o J1, es una mujer de 24 años, en situación de discapacidad desde su nacimiento, perteneciente a la organización de Lesionados Medulares, que juega bochas desde los 17 años, estando en el grupo desde su creación y actualmente estudia Psicopedagogía.
 - o J2, es una mujer de 25 años, en situación de discapacidad desde su nacimiento, perteneciente a la organización de Lesionados Medulares, que juega bochas desde los 23 años y es titulada de Secretaria.
 - o J3, es una mujer de 48 años, en situación de discapacidad desde su nacimiento, diagnosticada con una “miopatía congénita”, que fue derivada desde el CCR El Bosque al taller de bochas y lleva tres años participando.
- La Presidenta del Club, designada con la letra “P”, es una mujer de 51 años, en situación de discapacidad a partir de los 20 años, diagnosticada con “Charcot Marie Tooth”, quien fundó el Club de bochas y dirige las OPD de la Comuna de El Bosque.

- Un Familiar de un miembro del Club, que forma parte de este y que conoce el desempeño y progreso de los jugadores, designado con la letra "F". Es una mujer de 37 años, Secretaria y árbitro de bochas, cuya madre es una PeSD a partir de un accidente, dirigente de la OPD "Discapacitados Ríos de Chile" y que juega bochas hace seis años.
- Y el Monitor del Club, designado con la letra "M", es un hombre de 44 años en situación de discapacidad por un accidente con armas de fuego a los 20 años con resultado de lesión medular a nivel cervical, casado y con un hijo, que fue elegido por su experiencia previa en DA y Bochas desde sus comienzos en Chile y su visión externa de la dinámica del grupo.

De esta forma abarcamos tanto personas en situación de discapacidad desde su nacimiento como adquiridas posteriormente, sin situación de discapacidad, de diferentes rangos de edad, niveles educativos, distintas formas de ingreso al Club y tiempo participando de este, lo que transforma nuestra muestra en un grupo que expone la diversidad de personas que componen el Club de Bochas.

Cada informante clave debió firmar un Consentimiento Informado (Anexo 1.2) en el cual aceptó ser parte de la investigación y a ser entrevistado, fotografiado y grabado. Además, posteriormente firmaron otro Consentimiento Informado (Anexo 1.3), donde aceptaron y validaron la transcripción de su entrevista, permitiendo la utilización de la información obtenida a través de esta para su posterior análisis e inclusión dentro de la investigación.

Además de esto, utilizamos como informantes claves a dos psicólogas tituladas de la Universidad de Chile, Antonella Vega y Marcela Guzmán, quienes aportaron, desde su conocimiento, en el proceso de creación de los guiones de las entrevistas en profundidad (EP) y en el análisis de la información, firmando un Consentimiento Informado (Anexo 1.4) para hacer uso de nuestra información y posteriormente redactar un Informe Psicológico (Anexo 3) de cada uno de los participantes a partir de sus entrevistas, guiándose para esto por nuestras preguntas y objetivos de investigación.

4. INGRESO Y SALIDA DEL CAMPO

El ingreso al campo lo realizamos el día 2 Junio del 2012, luego de conversar previamente con la Presidente del Club, informándole los objetivos de la investigación, firmando a su vez, el Consentimiento Informado (Anexo 1.1) para permitir nuestra integración y participación dentro de este. Este ingreso, fue llevado a cabo de forma gradual a partir de este día, evolucionando nuestra participación desde ser sólo observadores a observadores participantes, donde el primer día fue el destinado para presentarnos y conocer al grupo.

La salida del campo la realizamos paulatinamente desde el entrenamiento posterior al segundo campeonato, correspondiente al 06 de Octubre del 2012, hasta terminada la última EP, la cual fue realizada el día 23 de Enero del 2013.

5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Recoger datos no es sino reducir de modo intencionado y sistemático, mediante el empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, la realidad natural y compleja que pretendemos estudiar a una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar. El dato que se obtiene como consecuencia de este proceso es una elaboración, un ente inseparable de la estrategia seguida para recogerlo. Los diferentes procedimientos y técnicas de investigación permiten recoger datos desde el sistema perceptual e interpretativo del investigador, solicitar información desde la perspectiva de los participantes, contrastar la perspectiva que sobre un problema tiene el investigador a partir de las opiniones y los juicios de los participantes en el estudio o utilizar al propio investigador o a las participantes como fuentes de información sobre sí mismos en el desempeño de determinadas tareas en un contexto determinado (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Es por esto que seleccionamos dos métodos de recolección de datos, con el objetivo de recopilar la suficiente información para responder nuestras

preguntas de investigación. Estos fueron la observación, a través de observación participante (OP), notas de campo y material audiovisual; y la EP.

5.1. OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Según Rodríguez, Gil y García (1999), la observación permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce. Allí donde se sospeche una posible desviación o distorsión en el recuerdo que afecte a los datos, es también preferible utilizar la observación antes que otros métodos. De igual modo, muchos sujetos o grupos no conceden importancia a sus propias conductas, a menudo escapan a su atención o no son capaces de traducirlas a palabras. Estas conductas deben ser observadas si queremos descubrir sus aspectos característico (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Un tipo de observación, es la OP, la cual busca obtener la comprensión de las vidas de las personas en el contexto particular de estas. A través de este método, el investigador se desprende de su punto de vista para poder realizar el proceso de inducción a partir de la observación del comportamiento, cultura, situación u otros, dentro de un grupo o en torno a una persona (Maykut y Morehouse, 1999). Es la naturaleza participativa de este tipo de observación, la que nos permitió asumir distintos roles dentro del grupo, ya sea como jugador, compañero, rival, investigador, arbitro, entre otros; lo que nos otorgó mayores posibilidades de indagar más a fondo y de forma más cercana la experiencia de los participantes en el Club de Bochas.

A partir de esto, enfocamos nuestra OP a la información relevante que surgió de la interacción de los participantes del club con nosotras que, además de que nos permitió obtener la mayor cantidad de información pertinente a nuestro problema de investigación, nos ayudó a dirigir las preguntas realizadas durante las EP y a experimentar la vivencia de la práctica del DA como un participante más.

a. Características de la Observación

El tiempo escogido para realizar la OP con el propósito de lograr un mayor vínculo y acercamiento con el grupo de estudio fue de alrededor de 4 meses, abarcando desde 02 Junio hasta el día 06 de Octubre del 2012,

culminando las OP al siguiente entrenamiento del segundo campeonato del año. Sin embargo, realizamos otras aproximaciones a algunos miembros del grupo posterior a esta fecha con el fin de llevar a cabo y revisar las entrevistas.

Estas observaciones se realizaron los días sábados, principalmente en uno de los patios del Colegio Ciudad de Lion de la Comuna de El Bosque, entre las 10:00 a las 14:00 horas. Este día y hora fue escogido debido a que es el horario en el que el grupo se reunía a entrenar periódicamente. Nuestra presencia en el entrenamiento se realizó desde principio a fin de este la mayor parte de las veces y en las distintas locaciones en las que se llevó a cabo.

Para las primeras dos observaciones decidimos asumir un rol más alejado del grupo, concentrándonos principalmente en nuestra labor de investigadoras y observadoras, con el fin de encontrar dentro del mismo a quienes fueron nuestros informantes y tener una visión más general del funcionamiento y dinámica del grupo, además de describir y fotografiar el entorno donde se realizaba este entrenamiento. Las siguientes observaciones fueron más participativas, asumiendo distintos roles dentro del grupo y estuvieron más enfocadas a observar a nuestros informantes y ganar su confianza. Estos roles fueron principalmente escogidos por la Presidenta del Club, quien nos asignaba distintas tareas, ya sea como jugadoras, árbitros o ayudarla a ella u a otros miembros del Club en algunas tareas o actividades, siendo este método común para todo el grupo. Es importante señalar que durante todo nuestro periodo de observación fuimos reevaluando y cambiando los informantes escogidos a medida que los íbamos conociendo de manera más profunda.

Las observaciones se realizaron al grupo completo de bochas para comprender las características del grupo y cómo se desenvuelven en forma particular y general, y por otro lado, se realizó una observación más específica de las personas escogidas para conformar nuestra muestra.

5.2. NOTAS DE CAMPO

Las notas de campo aluden a todas las informaciones, datos, fuentes de información, referencias, expresiones, opiniones, hechos, croquis, entre otros;

que puede ser de interés para la evaluación o el diagnóstico, es decir, son todos los datos que recoge el observador en el campo durante el transcurso del estudio (Rodríguez, Gil y García, 1999). En este caso, las utilizamos como complemento para nuestras observaciones participantes y de esta forma tener un registro fiel sobre fechas y eventos ocurridos durante nuestra investigación.

5.3. MATERIAL AUDIOVISUAL

Rodríguez, Gil y García (1999) se refieren a los sistemas de recolección audiovisual o tecnológicos como aquellos que se caracterizan por ser sistemas abiertos y fácilmente adaptables a otros sistemas de observación. Con ellos se busca dar respuesta a un problema salvando el carácter relativo y temporal de la información recogida. Este tipo de registro nos entrega el dato bruto sobre el que el observado debe trabajar sistemáticamente hasta completar su elaboración y acceder así a la información deseada. Para cumplir con estas condiciones y poder mantener un orden de la información, hicimos uso de la toma de video, grabaciones de audio y fotografías de acontecimientos importantes como las entrevistas y campeonatos, además de los entrenamientos observados.

5.4. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

La EP es aquella que se configura como una conversación informal, en la que el investigador, poco a poco busca dirigir esta conversación hacia el tema de investigación (Maykut y Morehouse, 1999; Rodríguez, Gil y García, 1999). La EP se apoya en la idea de que el entrevistado es una persona que da sentido y significado a la realidad. La entrevista se concibe como una interacción social entre personas en la que va a generarse una comunicación de significados: una persona va intentar explicar su particular visión de un problema, mientras la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación, donde las preguntas del entrevistador permiten que los entrevistados también clarifiquen sus propias ideas (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Las EP se realizaron a los informantes escogidos en nuestras OP, descritos anteriormente en la selección de muestra y escenario, las cuales

fueron realizadas una vez terminadas las OP. A través de estas, buscamos conocer la experiencia de los sujetos que practican bochas, de sus entrenadores, dirigentes y familiares, y así, en conjunto con los demás datos recolectados, responder a las preguntas de investigación.

Según Rodríguez, Gil y García (1999), es recomendable crear un guión escrito sobre los aspectos que se desea indagar, lo que a la hora de conducir la entrevista, permite cierta independencia de improvisar las preguntas sobre la marcha sin detener el flujo de la conversación. Es por este motivo, que ideamos un guión (Anexo 2) para asegurar la conversación fluida y la recolección precisa de los datos que consideramos importantes, para filtrar y no olvidar temas que sean relevantes a nuestra investigación.

a. Diseño de la Entrevista en Profundidad

Para realizar un buen acercamiento, Spradley (1979) propone que la EP debe pasar por tres diferentes momentos durante el proceso de acercamiento a un problema, los cuales son el conocimiento, la comprobación y la relación (Rodríguez, Gil y García, 1999). Es por esto que decidimos confeccionar la EP basándonos en estos momentos, permitiéndonos conocer, comprobar y relacionar las diferentes experiencias, significados y términos utilizados por los informantes.

Para realizar las entrevistas, utilizamos este método y a la vez nos guiamos por el conocimiento de las psicólogas, quienes nos asesoraron en la creación del guión para cada informante, buscando con esto evitar restringir o predisponer las respuestas, logrando, de esta manera, preguntar de forma más estratégica y así obtener información más profunda y abundante.

Todas estas entrevistas se realizaron por la misma investigadora, Patricia Ferreira, la cual fue escogida de forma consensuada entre ambas y el profesor guía, debido a su mayor nivel de confianza y vínculo con el grupo.

Este proceso lo llevamos a cabo en coordinación con nuestros informantes, donde el lugar de la entrevista se acordó previamente con ellos de tal forma de que se realizara en un ambiente que fuese grato, se sintieran cómodos y favoreciera la óptima realización de la entrevista. Tras revisar la EP

de J3, consideramos necesario realizar otra entrevista para indagar más en la información obtenida, ya que creímos que hubo aspectos que omitimos durante esta. Los datos del día, lugar y duración de cada una de las entrevistas se resumió en la siguiente tabla.

Tabla 3.1. Resumen de duración, locación y fechas de las EP.

INFORMANTES	DÍA	LUGAR	DURACIÓN ENTREVISTA
J1	22 de Diciembre del 2012	Hogar de J2	01:03:10
J2	22 de Diciembre del 2012	Hogar de J2	01:55:33
J3	16 de Enero del 2013	Hogar de J3	01:04:53
J3 2.0	23 de Enero del 2013	Hogar de J3	00:06:50
F	21 de Enero del 2013	Lugar de trabajo	02:01:41
M	19 de Enero del 2013	Rincón Jumbo de Mall Florida Center	01:42:32
P	23 de Enero del 2013	Hogar P	01:19:38

El día de las entrevistas, ambas nos presentamos en los lugares, fechas y horas acordadas con la pauta de entrevista, grabadora de audio y video y el consentimiento informado, el cual fue firmado antes de comenzar la EP. Antes de comenzar la entrevista, la investigadora a cargo de esta recordó que todas las opiniones y nombres serían utilizados con absoluta confidencialidad, recalcando que se garantizaría la privacidad e intimidad de los participantes.

Durante el transcurso de la entrevista, mientras la tesista entrevistadora chequeaba en el guión las preguntas realizadas, la otra tesista describía el entorno y las reacciones del entrevistado, además de verificar el buen funcionamiento de los aparatos de recolección de imágenes y sonido.

Terminadas las entrevistas, nos dividimos los audios de estas de forma equitativa para realizar su transcripción de manera textual, para luego ambas leer, corregir y aprobar dicha transcripción, con el fin de enviarlas a cada entrevistado para que ratificara su contenido y fidelidad de sus palabras, firmando después de esto el segundo Consentimiento Informado, el cual fue

descrito con anterioridad. En este caso, ninguno de los participantes rechazó o modificó su entrevista, aceptando el contenido de estas para su utilización en la investigación.

6. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis, según Bunge (1985), es un proceso aplicado a alguna realidad que nos permite discriminar sus componentes, describir las relaciones entre tales componentes y utilizar esa primera visión conceptual del todo para llevar a cabo síntesis más adecuadas (Rodríguez, Gil y García, 1999). El análisis de los datos cualitativos se caracteriza por ser un proceso constante al ser una tarea que se lleva a cabo mientras se realiza el estudio, el cual tiene como propósito comprender más acerca del fenómeno de estudio y a la vez generar preposiciones, que consisten en afirmaciones de hecho derivadas por inducción, a través de un análisis riguroso y sistemático de los datos, con los que se pretende acercarse a los sentimientos, pensamientos y acciones de los participantes (Maykut y Morehouse, 1999).

En nuestro caso, utilizamos el Método Comparativo Constante (MCC) de Análisis de datos planteado por Glaser y Strauss (1967), el cual combina la codificación inductiva de categorías con una comparación simultánea de todas las unidades de significado que se hayan obtenido, adecuándose perfectamente a las necesidades de la investigación cualitativa, ya que se perfila como una manera de dirigir un análisis de los datos cualitativos, sin que estos se agrupen en categorías predeterminadas, sino que, lo que es importante analizar para el investigador, emerge de los propios datos a partir del proceso de razonamiento inductivo (Maykut y Morehouse, 1999). Miles y Huberman, en el año 1994 (Rodríguez, Gil y García, 1999), indican que el análisis no constituye una fase final, posterior a la recogida de datos, pues *“ello excluye la posibilidad de recoger nuevos datos para rellenar huecos o comprobar nuevas hipótesis que emergen durante el análisis”*, es por esto que Rodríguez, Gil y García (1999), señalan que los momentos de análisis y de recogida de datos, suelen alternarse o ser simultáneos.

De esta forma, luego de transcribir las veintiséis OP, correspondiente a doce observaciones de Javiera Trincado y catorce de Patricia Ferreira; y las

siete EP, las ingresamos al software de análisis cualitativo de datos Atlas.ti versión 6.2 para Windows, formando treinta y dos “documentos primarios”, donde la utilización de este software nos facilitó la tarea de extraer, categorizar, y entrelazar segmentos de datos de una gran variedad y volumen de fuentes documentales y, en base a su análisis, apoyar el descubrimiento de patrones y contrastar hipótesis (Atlas.ti, 2012). Para poder utilizar este programa nos instruimos a través del manual de este software y fuimos capacitadas por nuestro profesor guía. Groenewald (2004) y Rodríguez, Gil y García (1999), señalan que los software de análisis de datos pueden ser útiles para facilitar la tarea del investigador al realizar búsquedas rápidas y sofisticadas y codificar línea por línea, pero destacan que no existe un software que pueda realizar el análisis en sí mismo. Es así como cada tesista creó una unidad hermenéutica (UH) con estos documentos primarios, a partir de los cuales, fuimos, por separado, identificando unidades de significado dentro de estos textos, catalogando frases o párrafos con códigos que nos parecieran representativos de estas, comenzando así con el proceso de reducción.

6.1 REDUCCIÓN DE DATOS

Durante el transcurso de la investigación cualitativa, el investigador recoge abundante información acerca de la realidad sobre la que centra su trabajo, donde un primer tipo de tareas que deberá afrontar para el tratamiento de esta información consiste en la reducción de los datos, es decir, en la simplificación, el resumen, la selección de la información para hacerla abarcable y manejable a través de la segmentación en unidades, la codificación/categorización o el agrupamiento. La categorización es una importante herramienta de análisis de datos cualitativos que permite clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico y la codificación es la operación concreta de asignar a cada unidad un indicativo o código, la que permite dejar una constancia de la categorización que realizamos (Rodríguez, Gil y García, 1999).

A partir de nuestras UH, fuimos realizando la reducción de los datos, codificando las unidades de significado que contuvieran información relevante otorgándoles un término, a criterio de cada investigadora, a través de una

palabra o un conjunto de estas que representaran de manera fiel el significado o lo que quería expresar dicho párrafo, frase u oración, denominados citas. Es así como cada una fue creando códigos que se agruparon en familias de códigos, asociadas a una noción, idea o tópico más amplio y que están relacionadas entre sí; y estas, a su vez, en metacategorías, que son interrelaciones más complejas que constituyen los ejes temáticos de nuestra investigación con el objetivo de ir relacionando las distintas ideas e informaciones recolectadas a través de nuestros distintos métodos utilizados.

A continuación presentamos un ejemplo de cita y código que la representa:

Código: Aceptarse

Cita: “F: Y yo le dije ¿Sabe qué pa’ mi es calidad de vida?... Aceptarme yo misma, yo ya me acepté, gorda, fea, guatona, como me quieran, ya me acepté.”

Luego, al terminar ambas la codificación de forma individual, fusionamos las UH unificando los documentos primarios, las citas, los códigos y las anotaciones, consensuando durante este proceso, los códigos y citas que finalmente conformaron nuestras familias de códigos y metacategorías, las cuales ordenamos y clasificamos de la siguiente forma:

Tabla 3.2. Ejemplo de Clasificación de Metacategorías y Familias de códigos.

METAGORÍAS	FAMILIAS DE CÓDIGOS
Contexto de Discapacidad	Concepto de Discapacidad
	Actividad y Participación
	Factores contextuales
	Inclusión
Experiencia en Club de Bochas El Bosque	Ingreso
	Primer día
	Entrenamiento
	Campeonatos
Influencia de práctica de Bochas en las Habilidades	Habilidades Motoras
	Habilidades Cognitivas
	Habilidades Psicosociales
Influencia de práctica de Bochas en el Autoconcepto	Autoconcepto Físico
	Autoconcepto Social
	Autoconcepto Personal
Influencia de práctica de Bochas en la Participación e Inclusión	Habilidades Motoras que influyen en las AVD y la Participación
	Habilidades Psicosociales y Cognitivas y variaciones del Autoconcepto que influyen en las AVD y la Participación
	Influencia de práctica de Bochas en la Participación
	Influencia de práctica de Bochas en las PSD
	Influencia de práctica de Bochas en la Inclusión
Calidad de Vida	Concepto de Calidad de Vida
	Calidad de vida antes de Bochas
	Influencia de práctica de Bochas en la Calidad de Vida

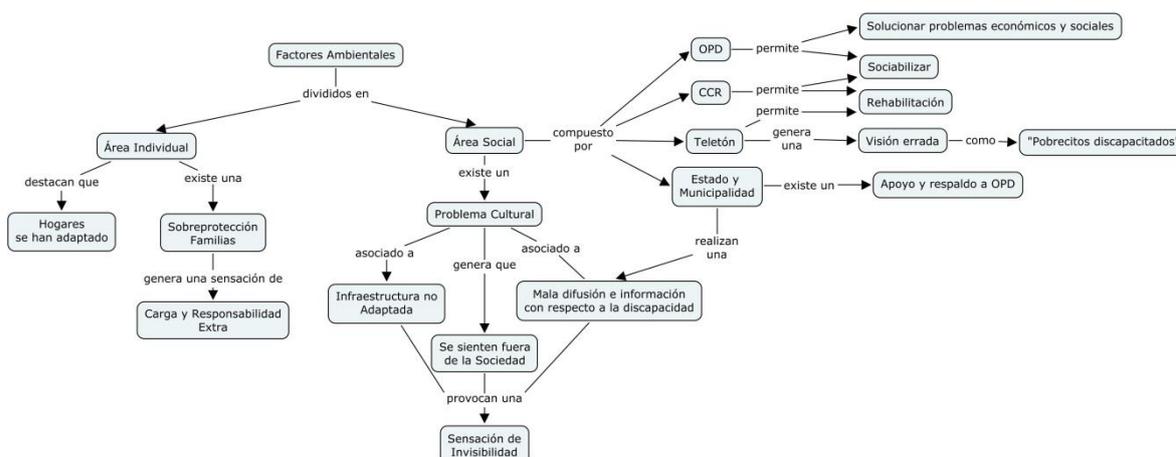
6.2. DISPOSICIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LOS DATOS

Si queremos llegar a extraer conclusiones a partir de los datos cualitativos, es preciso presentarlos o disponerlos de algún modo ordenado, debido a que, según Miles y Huberman (1994), estos datos, generalmente, aparecen en forma textual, resultan dispersos, ofrecen a veces una visión secuencial de hechos simultáneos, dificultan el examen de varias variables a la vez y están vagamente ordenados (Rodríguez, Gil y García, 1999). Maykut y Morehouse (1999) señalan que la redacción de la propia investigación forma parte del proceso analítico, debido a que sopesar la esencia y el orden del informe exige reflexiones sobre los datos, adquiriendo a menudo nuevas perspectivas y comprensión. Una disposición es un conjunto organizado de información, presentada en alguna forma espacial ordenada, abarcable y operativa de cara a resolver las cuestiones de investigación, y cuando esta conlleva además un cambio en el lenguaje utilizado para expresarlos, hablamos de transformación de datos. Dentro de estas se encuentran los diagramas o mapas conceptuales, definidos por Strauss y Corbin (1990) como representaciones gráficas o imágenes visuales de las relaciones entre conceptos (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Luego del proceso de reducción, comenzamos a relacionar los códigos entre sí y a formar mapas conceptuales o networks, apoyándonos a través del programa CMAP Tools, el cual se nos presentó como una mejor herramienta para crearlos y manipularlos, presentando de esta forma nuestros resultados. Luego de redactar esta información, los mapas fueron revisados y arreglados a medida que comprendimos, integramos y reinterpretamos de mejor forma lo expuesto por los entrevistados. Cada mapa cuenta con una nota al pie, en la cual señalamos y explicamos la información que lo compone. En el caso de que un concepto del mapa influya positivamente sobre otro, este fue relacionado a través de un conector y la frase “influye (+)”.

A continuación presentamos un ejemplo de mapa conceptual titulado “Factores Ambientales”, pertenecientes a la metacategoría Contexto de Discapacidad.

Mapa Conceptual 3.1. Ejemplo de Mapa Conceptual “Factores Ambientales”.



7. OBTENCIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Rodríguez, Gil y García (1999), señalan que los resultados consisten en avanzar en la explicación, comprensión y conocimiento de la realidad; y contribuir a la teorización o intervención sobre la misma, donde la investigación cualitativa se preocupa especialmente por el significado que los participantes le atribuyen. Por otro lado, las conclusiones implican ensamblar de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo. Los resultados o conclusiones de esta investigación englobarán, por tanto, toda una serie de decisiones del investigador sobre el significado de las cosas.

El primer paso para redactar los resultados es dar prioridad a las proposiciones de los resultados considerando su importancia en tanto en cuanto contribuyan al foco de investigación y según su importancia en relación a los datos. De esta forma, la última tarea que queda es tejer conjuntamente las propuestas de resultados e ilustrarlas con datos para convertirlas en un relato narrativo que informe y a la vez interese (Maykut y Morehouse, 1999).

Una vez llevada a cabo la disposición y transformación de los datos, utilizamos la clasificación de metacategorías para ordenar nuestros resultados y los network como base para la redacción de estos, a través de las interrelaciones que íbamos encontrando, describiendo e interpretando la información que fue surgiendo, caracterizándolas y ejemplificándolas con las citas que fuimos encontrando pertinentes. Para esto, utilizamos diversas

nomenclaturas y pseudónimos para garantizar la privacidad de la identidad de los sujetos que participaron de esta investigación, además de usarlas para simplificar la entrega de información, por lo que cada vez que nombremos en una cita u OP a un jugador que no fue entrevistado, nos referiremos a este como “JUGADOR” o “JUGADORA” dependiendo de su género, al entrenador como “ENTRENADOR” y el Terapeuta Ocupacional como “TO”, además de la nomenclatura de la muestra que ya fue expuesta anteriormente. Es necesario precisar la forma en que las citas serán expuestas en nuestros resultados, dependiendo su redacción del origen, ya sea de una entrevista u observación, donde en el caso de las EP, comienzan con la nomenclatura de quien realiza el enunciado, como se observa en el siguiente ejemplo:

“J3: (...) es como, no se le podría llamar anormal, pero diferente, diferentes personas, con situaciones diferentes, ya sea física o mentales.”

En esta cita podemos observar que J3, es decir, el jugador 3, es quien dijo esta frase. Por otro lado, en el caso de las observaciones participantes, están tendrán en el comienzo las siglas OP además de las iniciales de la investigadora que realizó esta observación, por ejemplo:

O.P. J.T. “Una vez junto al grupo, ENTRENADOR les explica que durante este entrenamiento se dedicarán a trabajar fuerza y distancia, luego de esta explicación marca tres cuadrados en la cancha y divide al grupo en dos equipos.”

Observamos en esta cita, que esta es parte de las observaciones participantes y por las siglas J.T., podemos identificar que pertenece a la investigadora Javiera Trincado. En el caso de que las últimas dos letras fueran P.F., se referirán a las observaciones realizadas por la investigadora Patricia Ferreira.

En cuanto a las conclusiones del estudio, estas son entendidas por Rodríguez, Gil y García (1999), como interpretaciones de los investigadores sobre interpretaciones que hacen los sujetos participantes, las que son, por lo tanto, afirmaciones y proposiciones en las que se recogen los conocimientos

adquiridos por el investigador durante el proceso investigativo en relación al problema o realidad estudiada. La tarea de extraer conclusiones no puede circunscribirse a ningún momento particular del proceso de análisis, por lo tanto, la revisión del marco referencial, las OP, las EP y las notas de campo contribuyeron a que fuera evolucionando nuestra visión respecto al DA y la discapacidad, de tal forma que fue constituyendo la base de nuestras conclusiones, influenciándolas a la hora de redactarlas.

Las conclusiones son consideradas una síntesis de los resultados más importantes y que indican el modo en que se responde a las interrogantes planteadas o hipótesis de partida y la manera en que los fenómenos o procesos observados se explican (Rodríguez, Gil y García, 1999). Es por esto que decidimos redactar las conclusiones basándonos en los objetivos planteados, por lo cual, nos guiamos exclusivamente en las perspectivas y experiencias de quienes vivencian el DA, excluyendo en esta instancia lo que el marco referencial y nuestro punto de vista consideran.

8. REDACCIÓN DE DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

En el proceso de discusión, comparamos los resultados y conclusiones obtenidos en nuestra investigación con nuestro punto de vista y con lo que otros estudios y la teoría proponen. De esta forma realizamos este proceso guiadas por los objetivos de investigación para facilitar su orden y comprensión.

En cuanto a las consideraciones finales, incluimos dentro de estas aspectos que consideramos relevantes y que surgieron a partir de la información recolectada, la cual no necesariamente se relacionó con los objetivos planteados. Además, este fue el apartado donde señalamos las limitaciones y posibles investigaciones futuras que pueden surgir de nuestro estudio.

9. CRITERIOS DE RIGOR

Cuando hablamos de la calidad de la investigación, aludimos al rigor metodológico con que ésta ha sido diseñada y desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos. Con el fin de asegurar el carácter científico de los

resultados de esta investigación, nos apoyaremos en los criterios de rigor propuestos por Guba y Lincoln en 1985. Estos son: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (Rodríguez, Gil y García, 1999).

9.1. CREDIBILIDAD

La Credibilidad alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en la investigación (Rodríguez, Gil y García, 1999). Esta se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (Castillo y Vásquez, 2003 citado en Salgado, 2007). Este criterio será alcanzado desarrollando distintos métodos como la observación persistente, la triangulación, la transcripción textual, la comprobación con los participantes, entre otros.

- a. **La Observación Persistente y estancia prolongada** lleva a comprender lo que es esencial o característico, diferenciándolo de lo que resulta anecdótico y haciendo posible el ajuste de las categorías científicas extraídas a la realidad (Rodríguez, Gil y García, 1999). En nuestro caso, nuestra observación la realizamos durante cuatro meses, manteniéndonos alrededor de cuatro horas junto a los entrevistados, compartiendo en su totalidad la vivencia del DA, logrando de esta forma, diferenciar comportamientos comunes a situaciones excepcionales.

- b. **Triangulación** es la contrastación de los puntos de vista de los tres ángulos, observando los acuerdos y las diferencias entre los observadores (Solari, 2010). Actualmente se consideran cuatro tipos básicos de triangulación: de datos, de investigadores, teórica y metodológica. Con respecto a este método, nosotras realizamos *triangulación de investigadores*, en las que a través de la unión de las UH y la discusión constante respecto a nuestras observaciones, logramos complementar nuestra visión; *triangulación metodológica*, donde utilizamos dos métodos para la recogida de datos, la OP y la EP;

triangulación de datos, al hacerlo de manera espacial, tanto en entrenamientos como en campeonatos, temporal, al realizar las OP y EP en distintos momentos (por ejemplo los campeonatos), y personal, al utilizar distintos sujetos en la investigación; y *triangulación teórica*, al contrastar nuestros datos con diversas fuentes bibliográficas y con psicólogas, quienes tienen una mirada diferente del fenómeno y no a partir del movimiento y rehabilitación.

c. Transcripción Textual utilizada a fin de mantener un respaldo de las EP realizadas a cada uno de los participantes de nuestra investigación, con el motivo de resguardar los significados e interpretaciones que hicieron de su experiencia.

d. Comprobación con los Participantes que, según Rodríguez, Lorenzo y Herrera (2005), es una actividad de obligado cumplimiento en la investigación cualitativa, y consiste en el contraste sistemático de la información con los agentes participantes. Por lo tanto, una vez que las transcripciones de las EP estuvieron listas, fueron enviadas a los participantes para su revisión y aprobación de su contenido como representativo.

e. Juicio crítico de colegas o revisión de jueces fue realizado por nuestro profesor guía durante todo el proceso de nuestra tesis y por las psicólogas en el proceso de análisis de información.

9.2. TRANSFERIBILIDAD

La transferibilidad nos indica las posibilidades de poder aplicar los resultados obtenidos en la investigación dentro de otros contextos y sujetos (Rodríguez, Gil y García, 1999). Para lograr esto, realizaremos una recolección de datos con distintos métodos que nos permitan desarrollar una descripción detallada y densa del fenómeno y grupo en estudio, a fin de contar con suficiente información que permita establecer la similitud entre otros contextos y, en consecuencia, posibilitar la transferencia de las hipótesis de trabajo.

9.3. DEPENDENCIA

Como menciona Salgado (2007) es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes al repetir la investigación con los mismos o similares sujetos y contextos. Para esto, establecimos *pistas de revisión*, en las que registramos todos los datos y pasos seguidos durante nuestra investigación, tales como la caracterización del contexto del Club de bochas, sus jugadores y nuestro papel dentro del grupo durante la investigación.

9.4. CONFIRMABILIDAD

La confirmabilidad se relaciona con la independencia de los descubrimientos frente a las concepciones e inclinaciones propias del investigador. Para alcanzar este criterio, sometimos a *revisión por un agente externo*, en este caso el profesor guía, los datos obtenidos en nuestra investigación, con el fin de inspeccionar si estos apoyan las interpretaciones hechas. Además, contrastamos nuestros respectivos puntos de vista sobre el mismo tema, y de este modo visualizamos las recurrencias, rupturas y contradicciones, a través de una *triangulación hermenéutica*.

Por otro lado, Guba y Lincoln (1981) citado en Castillo y Vásquez (2003), se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. Las estrategias que utilizamos son: *grabaciones de audio*, *descripción de los informantes*, y por último la presencia de un *auditor externo*.

IV. RESULTADOS

IV. Resultados

Mediante el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas a los miembros del Club de Bochas de El Bosque y las OP realizadas durante los entrenamientos y campeonatos, surgieron diversos temas de interés. Parte de estos responden directamente a nuestras preguntas de investigación, aludiendo a la influencia de la práctica de DA sobre diversos aspectos de su vida, cumpliendo con nuestros objetivos propuestos.

Sin embargo, no es posible comprender en su totalidad la experiencia de los participantes sin antes poder vislumbrar como era su realidad previo al ingreso al Club y cómo esta se ha ido modificando. Es por esto que decidimos incluir nuevos temas que surgieron de nuestras OP y análisis y que tienen gran relevancia para ahondar en el proceso de cambio generado por la práctica del DA, como son la percepción de discapacidad anterior a esta, la experiencia de los miembros del club desde su primer día como tal, las sensaciones que generaba el participar en campeonatos, la influencia de la práctica de un deporte inclusivo en PSD, entre otros. Es así como decidimos incluirlas dentro de las metacategorías, permitiéndonos comprender de mejor manera este proceso. La primera metacategoría es el **Contexto de Discapacidad**, en la que incluimos el concepto de discapacidad de los entrevistados y parte de su contexto previo a la práctica de DA, ordenados según la clasificación de la CIF; luego se encuentra la **Experiencia en Club de Bochas El Bosque**, que contiene los momentos relacionados a este deporte y que son los más importantes o influyentes para ellos; la **Influencia de práctica de Bochas en las Habilidades**, que relaciona la adquisición o perfeccionamiento de ciertas habilidades a través de la práctica del DA y de la interacción social; la **Influencia de práctica de Bochas en el Autoconcepto**, orientada a la percepción de sí mismos y a sus cambios desde su ingreso al club hasta el momento de la entrevista; la **Influencia de práctica de Bochas en la Participación e Inclusión**, entendida a partir de cómo estas habilidades adquiridas han repercutido en su participación e inclusión; y, por último, la **Calidad de Vida**, referida a cómo conceptualizan este término las PeSD y cómo la percepción de esta ha cambiado desde su ingreso al Club, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla N° 4.1. Clasificación de metacategorías y familias.

METAGORÍAS	FAMILIAS DE CÓDIGOS
Contexto de Discapacidad	Concepto de Discapacidad
	Actividad y Participación
	Factores contextuales
	Inclusión
Experiencia en Club de Bochas El Bosque	Ingreso
	Primer día
	Entrenamiento
	Campeonatos
Influencia de práctica de Bochas en las Habilidades	Habilidades Motoras
	Habilidades Cognitivas
	Habilidades Psicosociales
Influencia de práctica de Bochas en el Autoconcepto	Autoconcepto Físico
	Autoconcepto Social
	Autoconcepto Personal
Influencia de práctica de Bochas en la Participación e Inclusión	Habilidades Motoras que influyen en las AVD y la Participación
	Habilidades Psicosociales y Cognitivas y variaciones del Autoconcepto que influyen en las AVD y la Participación
	Influencia de práctica de Bochas en la Participación
	Influencia de práctica de Bochas en las PSD
	Influencia de práctica de Bochas en la Inclusión
Calidad de Vida	Concepto de Calidad de Vida
	Calidad de vida antes de Bochas
	Influencia de práctica de Bochas en la Calidad de Vida

1. CONTEXTO DE DISCAPACIDAD

Para poder comprender la influencia del DA en las PeSD desde sus perspectivas, consideramos necesario conocer la realidad previa a la práctica de este, sin embargo, creemos relevante también vislumbrar y entender cómo conceptualizan el término “discapacidad”.

A raíz del análisis hecho, hemos podido generar un concepto de discapacidad que surge desde las experiencias de vida de los miembros del Club de Bochas entrevistados y, por otro lado, identificamos la influencia que la discapacidad ha tenido en la realización de las AVD y en su participación social. Pudimos también conocer desde su visión qué factores ellos ven como facilitadores y barreras determinantes para su situación de discapacidad.

1.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

Al consultar a los entrevistados sobre cómo entendían la palabra discapacidad, la totalidad de ellos coincidieron en su forma de ver este concepto, definiéndola como “**personas con capacidades o habilidades distintas**”, incluyendo dentro de su discurso, el hecho de que todos tenemos capacidades diferentes a niveles y grados totalmente distintos, indicando que también todos poseemos discapacidades, recalcando que todas las personas somos diferentes, debido a que estamos insertos en situaciones distintas.

“**J1:** ¿Discapacidad? Es como personas con habilidades distintas (...) o sea que como la frase cliché que siempre dice que los discapacitados son los demás que... creo que es así también, porque todos tenemos discapacidades distintas. “

“**J2:** Discapacidad... eh...discapacidad para mi es (...) se “*englosa*” (engloba) como personas con capacidades diferentes, todas tenemos capacidades diferentes, a niveles totalmente diferentes, eh, en distintos grados, pero eso para mí es la discapacidad.”

“**J3:** (...) es como, no se le podría llamar anormal, pero diferente, diferentes personas, con situaciones diferentes, ya sea física o mentales.”

1.2. ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN

Para lograr una mejor comprensión y análisis de la influencia de la experiencia en bochas, creemos que es necesario conocer la actividad y participación de los integrantes previo a su ingreso al Club.

a. Actividad

Al consultarles a los entrevistados sobre cómo consideran que su discapacidad ha influido en sus AVD, aquellos que la poseen desde su **nacimiento**, relatan que no consideran que esta haya influido en gran medida, debido a que han tenido la oportunidad de **adaptarse a su entorno y modificar sus rutinas**, por lo que no consideran que tenga gran efecto dentro de esta, señalando que cuando ven la realización de una actividad dificultada por su condición de salud, buscan una forma de adaptarla para poder llevarla a cabo. Esta respuesta la justifican comentando que al poseer la discapacidad desde su nacimiento, todas estas dificultades las ven como sucesos normales, pero consideran que sería muy distinto si conocieran una realidad diferente y de un día a otro cambiara. Esta visión es corroborada por aquellos con discapacidades **adquiridas** y sus familiares, quienes afirman que en ellos tuvo un **especial impacto e influyó negativamente en la realización de sus AVD**.

“**J1:** (...) igual trato de adaptarme. Si han afectado no ha sido nada grave, como que trato de (...) yo desde que tengo uso de razón es que tengo esta discapacidad. Entonces yo creo que si fuese una... yo anteriormente hubiera nacido sin discapacidad de un día para otro a raíz de un accidente quedar así con discapacidad es distinto, como que “*tenis*” que hacer un cambio radical en tu vida. Como yo desde que nací que tengo discapacidad no (...) es mi vida normal, como... ya, he tenido que adecuar a algunas cosas, pero... pero nada tan drástico.”

Dentro de las actividades más mencionadas como limitadas se encuentra el **desplazamiento**, destacando su importancia para desenvolverse normalmente, por lo que al verlo dificultado, han debido adaptarse, **aprendiendo nuevas habilidades** para hacerlo, ya sea a través de ayudas

técnicas o modificaciones de sus estrategias, adquiriendo así una capacidad diferente. Entre sus principales dificultades relacionadas a su desplazamiento, los entrevistados relatan que les cuesta movilizar sus sillas de ruedas, manejar sus propios pesos, sobre todo en días de calor.

I: ¿Cómo qué capacidades distintas consideras?

J1: Eso mismo de no poder movilizarme, he tenido que buscar otras formas para poder movilizarme, ya sea con las muletas... Cuando partí con las muletas me costó, pero lo logré, pasaba más en el suelo que parada...”

Por otro lado, nos relatan que no pueden hacer algunas tareas que otros si pueden y el estar conscientes de esta situación los afecta. Dentro de las actividades que ellos desearían poder realizar, se encuentran el correr, saltar, jugar, andar en bicicleta y desplazarse libremente.

J3: A ver, lo que no puedo hacer de repente, por ejemplo, no puedo hacer cosas que los demás pueden hacer po.

I: ¿Cómo cuáles son las que más te marcan principalmente?

J3: Bueno por ejemplo, jugar, correr, de repente, a ver, juntarse con amigas (...)

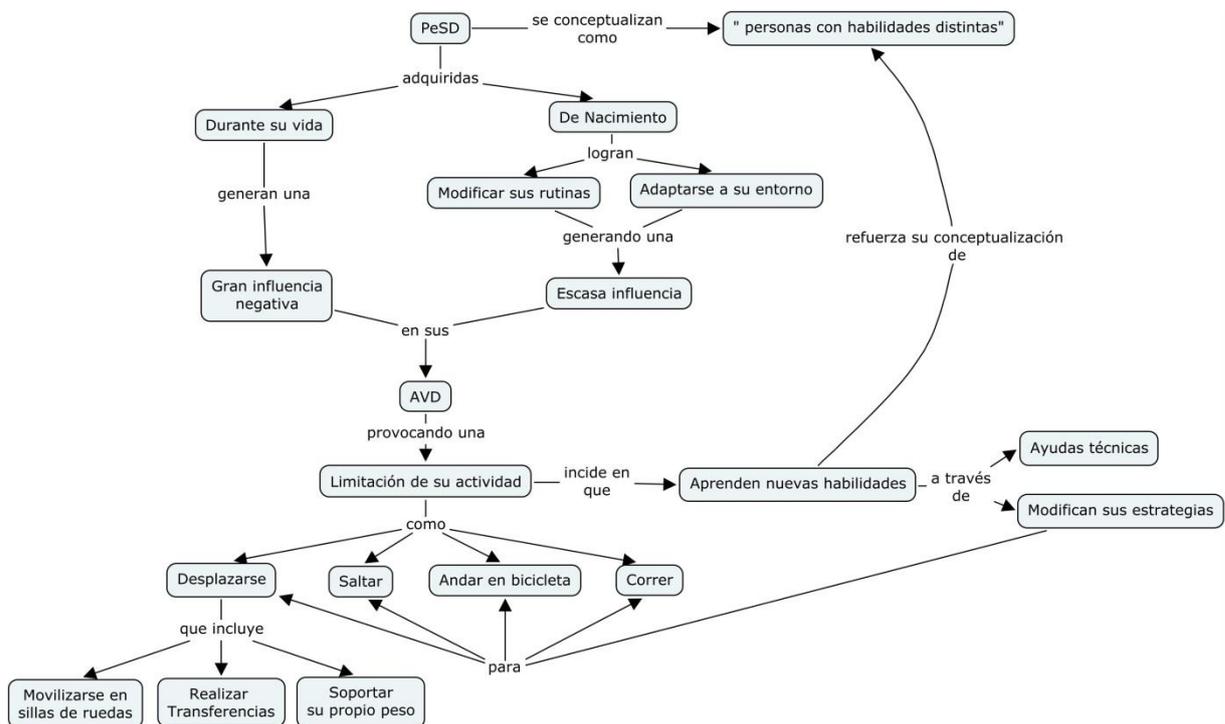
Es así como gran parte de ellos señalan que necesitaban ayuda para la realización de casi todas sus tareas, incluso aquellas de baja dificultad, debido a que no hacían nada por si solos, no caminaban, ni ayudaban en sus casas. Algunos de ellos comentan que cuando no podían hacer alguna actividad, simplemente no lo hacían, mientras que otros, por otro lado, hacen todo sin ayuda, pero ocupan gran tiempo en ello. Algunos destacan que luego de ingresar a rehabilitación en el CCR aprendieron a desenvolverse mejor, movilizarse mejor con sus sillas, ser más fuertes, firmes, autónomos y autosuficientes.

J1: (...) estuve casi 3 o 4 años haciendo nada en mi casa (...) Yo en ese tiempo ya, la rehabilitación había progresado harto, fue como un cambio bien drástico, porque yo no hacía nada, no caminaba, ni siquiera limpiaba el espejo del baño de mi casa. Y con eso aprendí a hacer mi

cama, aprendí a limpiar el baño, aprendí a hacer varias cosas (...) como que yo igual trato de adaptarme a las distintas cosas, pero si hay cosas que no puedo hacer, no las hago. Como que yo me desmarco de eso.”

A continuación presentamos el mapa conceptual que esquematiza lo descrito anteriormente de forma más concreta y precisa.

Mapa Conceptual 4.1. Percepción de la Actividad previo a bochas.



En este mapa observamos cómo la situación de discapacidad, dependiendo del momento de adquisición de esta, influye sobre la percepción de las AVD y cómo estas fueron limitadas por su discapacidad.

b. Participación

Con respecto a su participación existe una variedad de factores que han influido en ellos, destacando su etapa del colegio, la universidad y el trabajo.

Al relatar su experiencia en el colegio, los jugadores narran que tuvieron la oportunidad de asistir a este gracias al **esfuerzo de sus padres**, quienes debieron superar los obstáculos que los colegios poseían para integrarlos. Sin embargo, destacan que sus **colegios fueron adaptándose**, modificando parte de su infraestructura, tales como los accesos y puestos de estudio. Además,

comentan que pudieron **compartir** libremente con sus compañeros, **acercando la discapacidad a la sociedad y viceversa**, pero a pesar de esto, algunos de ellos sufrieron **bullying y discriminación** durante su estancia.

“**J2:** (...) estuve estudiando en un colegio normal, católico, eh fue complicado al principio por el tema de la discapacidad, ehm como que, a ver, en ese tiempo, eh no tenía como arraigado el tema de la inclusión para los discapacitados, entonces costó...costó que...que me aceptaran, durante yo creo que fue como los primeros cinco años de escolaridad, de kínder a quinto básico, fue como el peak, yo estuve con psicólogo, psiquiatra (...) pero fue creciendo conmigo el colegio porque se fue adaptando a mis necesidades y todo, de hecho el colegio en infraestructura cuando yo salí, era espectacular, porque hicieron ramplas por todos lados, hicieron ascensor, todo pa... todo adecuado para la silla de ruedas. Eh...y esa etapa fue buena, fue buena en cuanto a...a la familiarización de la discapacidad con lo “normal”.”

“**J2:** Bullying (...) me pegaban, me escupían, eh me tiraban el pelo, me pegaban chicles en la espalda, en la silla de ruedas, eh fueron muchas cosas que...que a mí no me dan ganas de levantarme en la mañana temprano o en la tarde, en realidad yo iba en la tarde cuando iba en la básica... no me daban ganas de levantarme para ir al colegio. Muchas veces no fui por lo mismo, y yo me largaba llorando y...y no quería ir. Mi mamá no me mandaba.”

“**J3:** (...) Así y todo saque mi 4to Medio, gracias a mi madre, que tuve el apoyo infinito de ella porque ella me llevaba a mi colegio, en brazos, imagínate a los 14 años en brazos y gracias a mis compañeros que me ayudaron po, a terminar y a empezar a caminar sola, (...) Yo fui siempre a un colegio normal, entonces (...) Entonces, siempre viví rodeada de gente normal (...)”

J1 y J2 tuvieron la opción de acceder a la Educación Superior. Comentan que ingresar a esta fue difícil, ya sea por **falta de recursos o iniciativa**, ejerciendo una gran influencia el CCR y la TO para tomar esta

decisión. Señalan que sus principales limitaciones fueron aprender a desplazarse de forma independiente en locomoción colectiva, **adaptarse al entorno** y enfrentarse a los días de lluvia, debido a que cuando esto sucede, aumenta de forma significativa su dificultad para desplazarse, impidiéndoles asistir a clases. A pesar de ello, nos cuentan que la institución a la que asisten y los profesores tienen **consideración con ellos**, comprendiendo estas situaciones y las barreras que les limitaban el llegar a su lugar de estudio. Por otro lado, J3, no pudo estudiar en una universidad o instituto, relacionándolo a que en su casa no se le dio la opción de usar ayudas técnicas, por lo que dependía completamente de la disposición de sus padres para poder asistir.

“**J1:** Ahí en el CCR, porque yo siempre tuve la idea en la cabeza que quería estudiar, que quería estudiar, que quería hacer algo, porque estuve casi 3 o 4 años haciendo nada en mi casa. Entonces me escuchó la terapeuta ocupacional y me dijo ya po, si tienes la idea, tienes que concretarla, no puedes quedarte en puras palabras. Así que me insistió que tenía que empezar a buscar instituto, que tenía que empezar a buscar una carrera que me llamara la atención, hasta que dí con el instituto y con la carrera (...) Al principio me costaba. A ver, el primer año que empecé a estudiar me tenían que ir a buscar y a dejar, porque yo no me atrevía, yo tenía miedo. Después dije no po, dije no, me tiro sola, la que sea no más po, si no me atrevo ahora no me voy a atrever nunca.”

“**J3:** (...) Yo no puedo salir sola, ese es el tope. No puedo usar bastón, no puedo usar muletas, no puedo usar nada. Entonces acá, no se podía, porque había que ir a buscarme, ir a dejarme entonces, era dos micros para allá, dos micros para acá, entonces, el tiempo también.”

Comentan que al ingresar a la Educación Superior sus compañeros tenían muchas dudas sobre ellos y de su discapacidad, por lo que se acercaban, aclaraban dudas y, de esa forma, comenzaban a sociabilizar.

“**J1:** (...) al principio mis compañeras tenían muchas dudas de mí, de mi discapacidad, de que porqué yo usaba muletas o porqué yo andaba en

silla. Y yo no tengo ningún problema en que alguien se me acerque y consulte y aclare las dudas que quiera, entonces por ahí yo engancho con la gente. Ser lo más sociable posible.”

Los que han tenido la opción de trabajar, como M y P, comentan que para poder llegar a su lugar de trabajo, deben investigar cómo hacerlo, identificando las micros con rampla y los metros con ascensores disponibles cerca de su destino. Indican que han debido **luchar para lograr una integración laboral**, mientras que otros han tenido que abandonar sus actividades laborales por su discapacidad. En el caso de P, su discapacidad significó tener que dejar de trabajar, encontrando una nueva ocupación al formar parte y dirigir una OPD. Por otro lado, M decidió dedicarse a trabajar como entrenador de DA. Es así como en este caso ambos trabajos se relacionan estrechamente con la discapacidad.

“**M:** (...) busco como... cómo llegar, en primer lugar, porque cuando estamos viendo que acá me dan una dirección, me dicen “ya, júntate en tal lado” y yo tengo que ver todo eso como... cómo llegar, ver si hay micros con rampla eh... eh... metro, si el metro tiene ascensor, todas esas cosas. Entonces, hacer toda una investigación cómo llegar, las calles, etc., etc., para poder llegar a la hora (...)”

Un aspecto a considerar es que muchos de ellos relatan haber pasado un tiempo prolongado **encerrados en sus casas** sin otra ocupación, donde una gran cantidad de ellos aún se encuentran en esta situación. Relatan que sus vidas eran rutinarias y aburridas, ya que **no tenían amigos ni ocupaciones**, relacionándolo principalmente a una constante falta de motivación, siendo algunos de ellos diagnosticados incluso con **depresión**. Algunos relatan que está situación los incentivó para buscar en que ocuparse, sin embargo, otros todavía **no se sienten con la seguridad o capacidad** para salir solos de sus casas, por lo que ven limitada su posibilidad de realizar otras actividades como estudiar o trabajar.

“**J3:** (...) a mí no se me dio la oportunidad de seguir estudiando, porque había que movilizarse más lejos (...) yo no puedo salir, no puedo salir a trabajar... ¿me entiendes? (...)”

“P: (...) dejé de trabajar por mi discapacidad, eh... entonces eh... me di cuenta de que cuando me quedé aquí en mi casa, de que el día tenía muchas horas, era muy largo un día, entonces un día decidí ir a la municipalidad y preguntar qué me podían ofrecer ellos a mí, si tenían alguna cosa que me ofrecieran, y ellos me mandaron a una organización.”

Con respecto a esta situación, comentan que para aumentar su participación, han debido **adaptarse a su entorno**, ya que este no se ha modificado para ellos.

“J1: No se po, yo he tenido que adaptarme a salir a la calle, al entorno donde yo vivo, entonces... el entorno no se va a adaptar a mí, las calles no se van a adaptar a mí.”

A nivel relacional, la mayoría vive con sus familias y señalan que han tenido **dificultades para formar amistades y generar vínculos**, a pesar de que algunos comentan no tener problemas para sociabilizar. Muchos de ellos destacan que en el pasado **no compartían con otras PeSD**.

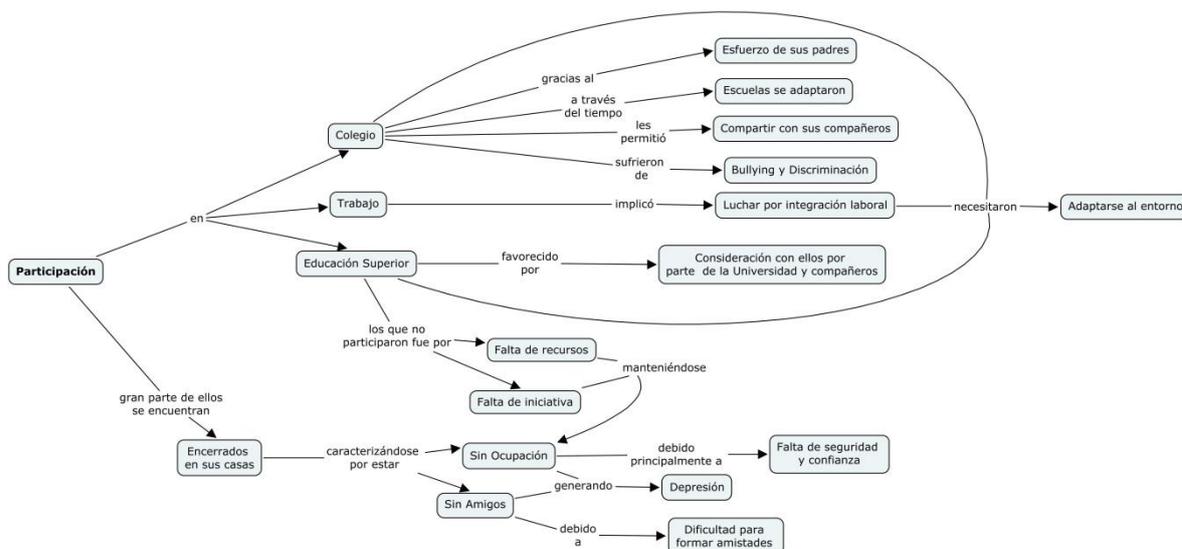
“I: En esa época ¿Con quiénes compartías?

J1: ¿En mi casa cuando estaba sola? No tenía amigos, no tenía nada.”

“J2: (...) acá, en el entorno vecinal, no tengo ningún amigo, vecino ni nada. Son puros viejos, son puros abuelito, *la dura*, son puros abuelos, a excepción de mis primas, pero con mis primas no tenemos una relación así de fiato, de amistad (...).”

A través del siguiente mapa conceptual, expresamos de forma gráfica lo descrito anteriormente.

Mapa Conceptual 4.2. Percepción de la Participación previo a bochas.



En este mapa podemos observar como la situación de discapacidad influyó en su percepción de la participación en sus distintos niveles, ya sea educativo, social o laboral, donde fue fundamental la adaptación a su entorno.

1.3. FACTORES CONTEXTUALES

a. Factores Ambientales

Dentro de los factores ambientales, se encuentran aquellos del área individual, referidos al entorno inmediato de los entrevistados como también al contacto directo con otras personas del círculo cercano y, por otro lado, el área social, correspondiente a las estructuras sociales formales e informales existentes en su comunidad, esquematizados en el *Mapa Conceptual 4.3*.

Área Individual:

Como facilitador dentro del área individual señalan que **sus hogares se han ido adaptando** a medida que lo han necesitado, modificando accesos y baños, y ampliando, dentro de lo posible, los espacios para no dificultar su libre desplazamiento. Sin embargo, destacan como barrera que, pese a que sus familias han tratado de cambiar esta situación, todavía tienen dificultades para desplazarse libremente dentro de sus casas, ya que estas son pequeñas y con pasillos estrechos.

“J1: No porque igual en la casa igual como que está... de a poquito fueron adecuando las cosas.

I: ¿Cómo qué cosas?

J1: No se po, el baño era pequeñito, ahora es más grande.”

Con respecto a sus familias, J3 señala como barrera que **no la dejan ser libre**, sintiéndose prisionera, ya que no le permiten realizar actividades que ella cree podría llegar a hacer, catalogándolo como **sobreprotección**.

“J3: Claro, que acá tampoco me han dejado como a ser libre po.

I: Te cuidan.

J3: Bastante, son muy, me tienen muy prisionera, o sea prisionera digamos en el aspecto de que no dejan hacer cosas que yo pudiera hacer o que pudiera tratar de hacer (...) A ver, una sobreprotección (...) Entonces, yo quede ahí no más po, como *estanca*’.”

Aquellos con más contacto con PeSD, como M, F y P, comentan que muchos de ellos consideran que para sus familias han sido una **carga**, ya que implica una **responsabilidad extra** para estas, llegando a sentirse como “cachos” dentro de las mismas.

“F: (...) Entonces ella al sentir que tenía una discapacidad, y el intentar asumir que tiene esa discapacidad dijo: “voy a ser un cacho para ustedes, voy a ser un cacho para ustedes”.”

“P: (...) Eso es... es triste, la relación que cuando tú sentís o te das cuenta de que ellos pasan a ser como un cacho... pa’ las familias (...)”

Por último, indican que sus principales redes de apoyo son sus familias, parejas, hijos, amigos, la OPD, el CCR y compañeros de la Universidad o colegio.

Área social:

Con respecto a esta área, señalan como barreras principalmente aquellas referidas a lo arquitectónico, destacando dentro de estas las malas condiciones de las veredas, las calles y los accesos a lugares públicos y privados, como supermercados, los cuales no están adaptados para PeSD, lo que les genera rabia, impotencia y una sensación de **sentirse fuera de la**

sociedad. Por lo que pudimos observar en los distintos entrenamientos, campeonatos y entrevistas, los accesos y caminos en la comuna de El Bosque se encuentran en malas condiciones, lo que dificulta su óptimo desplazamiento. Es en esta situación donde ellos consideran que existe una **falta de conciencia a nivel arquitectónico** con respecto a la discapacidad.

“**J1:** Si, porque a veces hay lugares públicos que no tienen acceso para discapacitado y ahí uno se siente como fuera del...”

I: ¿Y que sientes?

J1: Impotencia, porque uno quiere participar (...) pero quiere participar de algo y no se puede, porque no podís subir.”

Sin embargo, un punto que destacan como positivo son los beneficios asociados al uso de las sillas de ruedas con motor para resolver el problema de la dificultad de desplazamiento en calles y veredas, ya que les exige un menor esfuerzo para pasar por hoyos y desniveles del lugar, pero señalan que para salir a otros lugares más alejados en que se requiere utilizar vehículo, no pueden hacer uso de ella, ya que es imposible ingresar este tipo de sillas dentro de un auto y tampoco se pueden utilizar en las calles cuando llueve.

Con respecto a la Universidad, señalan que lograron adaptarse rápidamente, porque el mobiliario de estas estaba acondicionado para PeSD, lo que facilitó su participación dentro de esta.

“**J2:** Bueno en la universidad no, porque se adaptaron súper rápido a mí, porque es diferente el mobiliario allá.”

Al hablar sobre el transporte público destacan las mejoras que llegaron junto a la implementación del Transantiago, pero comentan que aún existen **problemas culturales** relacionados a la poca ayuda que reciben de los mismos choferes, quienes no se detienen para llevarlos y cuando lo hacen, paran lejos de las veredas, por lo que corren un gran riesgo de caerse.

“**M:** Quedan a mitad de calle no más, a ellos no les interesa acercarse a la cuneta y la rampla simplemente no *podís* subir, no *podís* subir, *tenís* que tirarte a la calle, y entre dos personas que te ayuden pa’ poder subir,

y si lo hacís solo te dai vuelta y te caís, me he dado un montón de porrazos en realidad.”

Dentro de las barreras sociales un aspecto importante que destacan es el grado de **invisibilidad** que posee la discapacidad dentro de la sociedad, siendo muy pocas veces nombrada o considerada, sin embargo, señalan que ahora último se le ha comenzado a dar la importancia que se merece dentro de esta, principalmente a través de campañas. Ellos destacan que fueron pocas las oportunidades que como PeSD tuvieron, indicando que antes no existían los CCR ni los DA, recalcando así la importancia que han tenido estos en sus vidas. Relatan que cuando se encontraban con dificultades en las calles, la gente pasaba por su lado como si ellos no existieran, pero poco a poco esta situación ha ido cambiando, por lo que consideran que cada vez hay más gente consciente con respecto al tema de la discapacidad y dispuesta a ayudar. Sin embargo, indican que también es **responsabilidad de ellos concientizar** cada vez más a la sociedad que deben ser tratados como uno más dentro de esta.

“**J1:** Creo que la discapacidad es un término que ahora último ha tomado importancia dentro de la sociedad o ha sonado más, porque antes como que la discapacidad no era tan nombrada (...) yo creo que es un cambio de la sociedad, en las mismas campañas que se han hecho, entonces como que va por ahí (...) Genera satisfacción saber que de a poquito la sociedad va cambiando, la gente va cambiando y eso también es trabajo de uno. Porque uno como discapacitado tiene que hacerle ver a las demás personas sin discapacidad que existimos, que estamos aquí, que también somos parte de esto.”

Adquiere una vital importancia para los entrevistados la influencia que ha tenido en ellos el haber ingresado a las **OPD** y al **CCR**, principalmente al generarles la oportunidad de **contacto con otras PeSD**. Señalan que llegaron a estos lugares motivados por diferentes personas, algunos por sus familias y otros derivados por otras instituciones de salud.

En el caso del **CCR**, lo identifican como un lugar de **rehabilitación**, pero sobre todo como un lugar para **sociabilizar**. Con respecto al primer aspecto destacan los papeles del Kinesiólogo y del TO como agentes rehabilitadores,

recalcando el rol de la TO como la persona que los incentivó y motivó para ocuparse en alguna actividad, ya sean estudios o trabajo, indicándoles la importancia de no quedarse solos en sus casas sin realizar ningún tipo de estas. El segundo aspecto, sociabilizar, genera gran impacto en los entrevistados, ya que les da la oportunidad de conocer a personas de su misma condición, lo que les permite conocer historias y situaciones parecidas, cambiando la perspectiva de su discapacidad.

“**J1:** Cuando fui al grupo del CCR, ahí me di cuenta que no era solo yo, que había gente que estaba peor que yo, entonces eso me hizo como abrir los ojos de repente, así de un *paraguazo* me di cuenta que no po.”

“**I:** ¿Y cómo llegaste al CCR?”

J3: Me mandaron del consultorio, para que... Mira la finalidad era que yo me hiciera amiga de gente, que conociera gente, y llegue acá al CCR, y de ahí, empezó, empecé a hacerme mis amigas, hacerme... y ahí el Kinesiólogo me tomó y me empezó a hacerme ejercicios con la TO que ahí estaba antes (...).”

Una situación similar ocurre con las **OPD**, caracterizándolas como una **familia** que se ocupa principalmente de **solucionar problemas sociales y económicos**, unidos por la OD, quien se ocupa de formarlas y dividir las en sectores. Las organizaciones se encargan de realizar actividades o talleres como cerámica, pintura, corte y confección, pastelería y DA. Los entrevistados opinan que las personas asisten buscando calor y cariño familiar, debido esencialmente a la soledad en que muchos de sus integrantes se encuentran. Gran parte de ellos comienzan a **sociabilizar por primera vez**, abandonando su estado de aislamiento dentro de sus hogares, generando un impacto positivo en lo social al crear habilidades relacionales, y, al igual que el CCR, les permite conocer personas en similares situaciones. Este cambio lo ven al reconocer que algunos de sus compañeros no sabían cómo estar, tratar y relacionarse con otras PeSD, por lo que la OPD junto al CCR, les entregó la oportunidad de aprender a hacerlo.

“**F:** (...) una organización es una familia, son muchas familias, pero en el club de bochas se juntan todas las familias, entonces se juntan como los

primos, los tíos, por decirlo así... es la familia que se junta completa (...) no es por ir a practicar un deporte, la organización se ve en la oncecita, que alguien está de cumpleaños, mmm... un taller nuevo, trabajos manuales, mmm... se solucionan problemas de repente sociales, económicos; esa es como más la organización.”

Por otro lado, M, F y P, opinan que la **Teletón** y sus campañas han generado en la sociedad una **visión errada** de la discapacidad, donde ven a las PeSD como “**pobrecitos discapacitados**”, lo que creen que ha influido negativamente en ellos, ya que la sociedad y ellos mismos se ven como no capaces.

“**M:** La Teletón nos deja como pobrecitos a todos los discapacitados por un recurso que ellos tienen que tener todos los años o un recurso económico de plata, juntar plata a nivel país, pero quedamos, los discapacitados quedamos mal.”

Además, P señala que la **poca difusión y la mala información** de los beneficios y oportunidades que existen para las PeSD, es otro de los puntos que aparece como barrera, ya que a pesar de que se han creado diversas organizaciones y talleres, muchos de las PeSD de la comuna no las conocen.

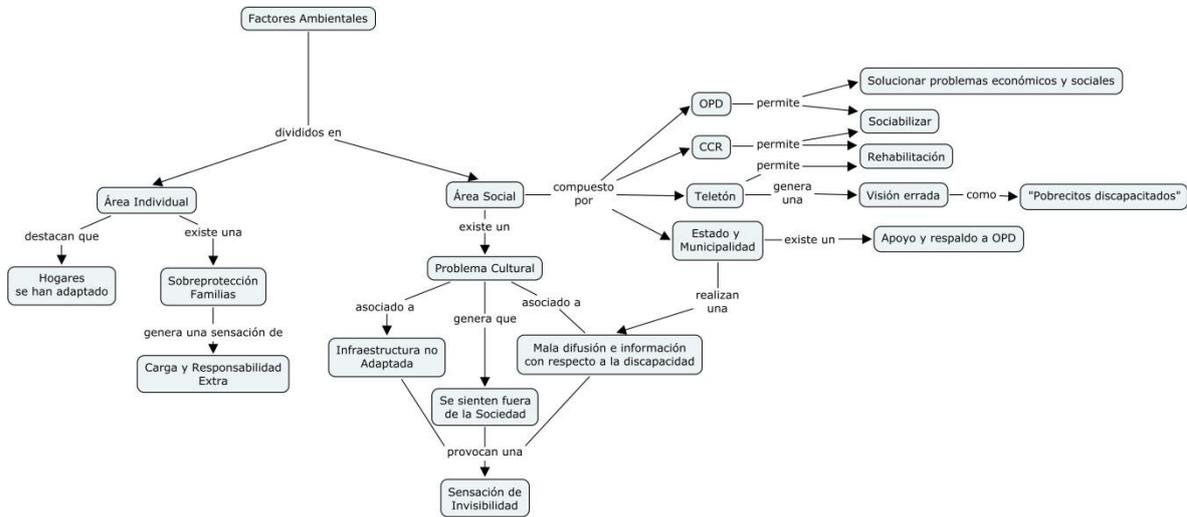
“**P:** (...) me ha impulsado esto del tema de la inclusión, de la poca difusión, que hay muy mala información para las personas con discapacidad de las cosas que ofrece esta comuna, sea el CCR, los talleres, las organizaciones, siempre he encontrado que hay poca difusión (...)”

Por último, dentro de los facilitadores señalan a la **Municipalidad de El Bosque** como uno de ellos, destacando el **apoyo y respaldo** de parte de esta hacia las PeSD, principalmente al compararlo con otros municipios. Indican que se han ganado un espacio dentro de la comuna, pese a que el proceso para lograrlo no ha sido fácil.

“**P:** (...) tenemos buen respaldo de parte de la Municipalidad, tenemos buen respaldo hasta el momento, nos han respondido bien. Hemos tenido buena cooperación, nos han apoyado en todos los, en lo que más

pueden, hemos recibido bastante apoyo en consideración, o sea, en comparación a otros municipios, eh... pienso que estamos bien (...)"

Mapa Conceptual 4.3. Percepción de sus Factores Ambientales previo a bochas.



Podemos observar qué factores ambientales, tanto del área individual como social, influyeron en su situación de discapacidad, destacando la sensación de invisibilidad en la sociedad y carga extra en sus familias y las instituciones que les han brindado apoyo.

b. Factores personales

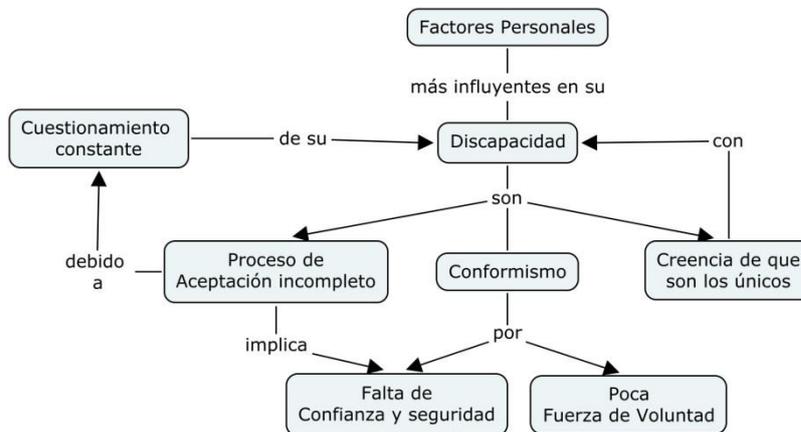
De lo que se puede observar en las entrevistas, los factores personales son de suma relevancia destacando dentro de estos el aceptarse, el hacerse respetar y la confianza, tal como se muestra en el Mapa Conceptual 4.4.

El proceso de **aceptarse** como una PeSD, es uno de los puntos al que le otorgan más importancia dentro de las entrevistas, indicando que incluso se les hace más difícil que sociabilizar y lograr estudiar, ya que muchos de ellos **se cuestionan constantemente** el por qué poseen una discapacidad. Algunos de ellos señalan que les fue difícil asumir su discapacidad, ya que vivieron en un ambiente sobreprotegido y luego al salir y enfrentarse a la sociedad, detectaron que eran diferentes para los demás, conociendo la **discriminación**.

“**J1:** Ha sido complicado, porque igual es un proceso de asumirte po, porque había un tiempo en que decía ¿Por qué a mí?, ¿Por qué yo? (...) Entonces ese proceso de asumirse uno que tiene discapacidad y eso,

eso, creo que es lo difícil, pero más allá de enfrentarte a la Universidad o con más gente.”

Mapa Conceptual 4.4. Percepción de sus Factores Personales previo a bochas.



Dentro de este mapa se observa como los factores personales de las PeSD han influido en su discapacidad principalmente a través de su cuestionamiento constante y creencia de ser los únicos en esta situación, debido a la falta de confianza, seguridad, aceptación de sí mismos y fuerza de voluntad.

Muchos de ellos comentan que antes mantenían la creencia de que **eran sólo ellos** los que tenían una discapacidad y dificultades, debido principalmente a que no compartían con otras PeSD, señalando que esto causó que se encerraran en sí mismos e incluso intentaran quitarse la vida. Sin embargo, aquellos que ingresaron a una OPD o al CCR, han descubierto paulatinamente que no son los únicos, cambiando su perspectiva y actitud, además de darse cuenta que son iguales a los demás, que tienen opinión y derechos al igual que el resto de las personas, influyendo en que aprendieran a hacerse respetar.

“**J1:** (...) hubo un tiempo que yo como que salí de octavo y yo no quería nada, nada con nadie, encerrada en mi mundo y pensaba que era yo no más po. Mi mamá me hablaba que había un grupo, porque mi mamá hace mucho tiempo atrás sabía que había un taller de discapacidad en la comuna y me hablaba que yo podía participar ahí y yo le decía que no, que no quería, que para que, que no servía para nada.”

Otro aspecto a considerar, es que algunos de ellos creen no haber luchado por lo que querían, quedándose en la **conformidad** y la **comodidad**. Los más proactivos comentan que es posible independizarse teniendo **fuerza de voluntad** y evitando que el entorno los limite sin intentarlo antes. Esto ha influido en su **confianza** y en el convencimiento de que ellos pueden hacerlo, aumentando así también su **seguridad** para desenvolverse libremente.

“**J3**: mmm... si porque no...Como te dijera... fui quedada, no luché por lo que yo quería, me conforme con lo que yo tenía (...)

I: ¿Por qué crees que se dio eso?

J3: Por cómoda.”

Algunos creen que el haber estado en hospitales y pasar ahí su infancia, les permitió adquirir habilidades distintas al resto de la gente, buscando alternativas para hacer las cosas. Esta situación, según ellos, los llevó a una madurez prematura y ver la vida de otra forma, lo que les entrega más herramientas para enfrentar los problemas.

Por último, P, desde su rol de presidenta de una organización comunal por la discapacidad, opina que las PeSD de la comuna de El Bosque se caracterizan por ser “flojas”, que pueden tener ganas de hacer cosas, pero a veces ellos o sus familias no se motivan, destacando que cuesta incentivarlas, influyendo negativamente en su participación.

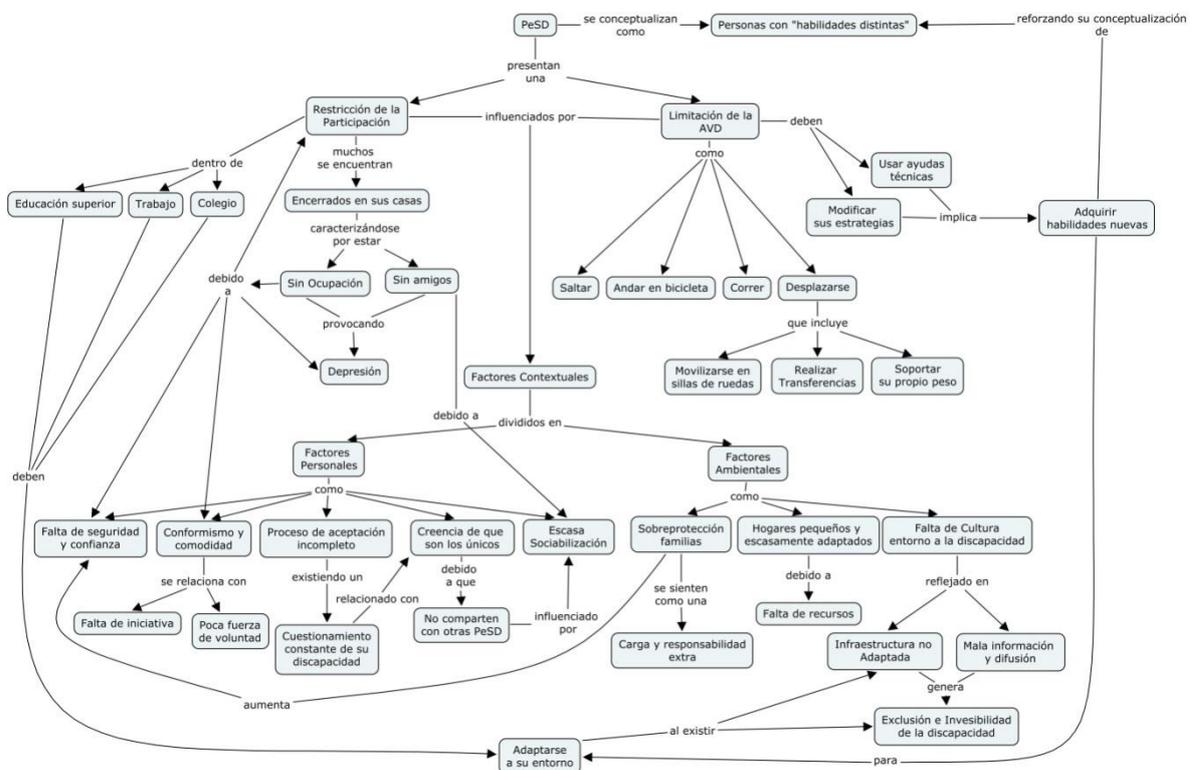
1.4. INCLUSIÓN

Con respecto a la inclusión de las personas entrevistadas, previo al ingreso al Club de Bochas, estaca que su **contexto de discapacidad**, esquematizado en el *Mapa Conceptual 4.5.*, era similar entre los participantes entrevistados, donde todos tuvieron la **oportunidad de asistir al colegio**, sin embargo, la posibilidad de estudiar en la educación superior y de trabajar, no estuvieron presentes para todos. Dentro de las entrevistas señalaron que las principales limitantes en estos casos fueron la **falta de recursos económicos**, la **sobreprotección** de sus familias, las **dificultades de desplazamiento**, la **falta de conocimiento de sus capacidades** y la **motivación**.

Los entrevistados que tuvieron acceso a la Educación Superior indicaron que pese a las limitaciones, no se sintieron excluidos en este entorno, ya que los **establecimientos estaban adaptados** de forma adecuada para su libre desplazamiento y el ambiente dentro de este fue de **aceptación por parte de sus pares**.

Finalmente, destacan que pese a que existen barreras en nuestra sociedad, nuestro país cada día está otorgándole **mayor importancia a la discapacidad**, notándolo en la **difusión** y al **aumento de campañas y proyectos** enfocados a la inclusión que parten como estrategias gubernamentales y/o municipales.

Mapa conceptual 4.5. Contexto de discapacidad.



En este mapa podemos observar un esquema del contexto de discapacidad de los participantes y cómo se interrelacionan los distintos factores que influyeron en su nivel de participación y actividad previo a su ingreso a bochas.

2. EXPERIENCIA EN BOCHAS

Consideramos importante incluir ciertos aspectos que surgieron durante las OP y las entrevistas y que nos entregan información relevante acerca de algunos momentos cruciales en su participación en el club y que fueron

determinantes en su permanencia y motivación para seguir practicando este deporte.

2.1. INGRESO

Al consultar a los entrevistados sobre cómo llegaron al Club, mencionaron que los **principales motivadores** para que ingresaran a este fueron sus **amigos** que ya participaban en el taller y los invitaban, el **CCR**, la **OPD** y otros centros de rehabilitación.

“**J2:** mi historia en bochas empieza el (...) el 2010, Marzo del 2010, el quince de marzo del 2010 (...) la J1, claro, que me invitó.”

Dentro de las razones para ingresar al Club de Bochas la más común es la **derivación desde el CCR**, donde al terminar su proceso de rehabilitación, son invitados a integrarse a este. Los participantes del CCR aceptan esta invitación, debido principalmente a que dentro del Club se encuentra un gran número de integrantes actuales y antiguos del CCR, por lo que ya han tenido la oportunidad de compartir con ellos anteriormente. A su vez, ellos mencionan como motivo de permanencia el que encontraran, en los miembros del Taller de Bochas, **características y personalidades similares** a los de sus compañeros del CCR.

“**J1:** Me motivó... porque yo ya estaba participando del grupo, entonces... me motivó la gente que había ahí, porque yo ya había formado lazos de amistad, entonces no los quería perder y si tenía posibilidades de hacer una cosa nueva con ellos, mejor.”

Otra de las razones más nombradas fueron la oportunidad de **sociabilizar y conocer gente nueva**, principalmente PeSD, y **formar lazos de amistad**.

“**J2:** (...) para conocer gente nueva, gente de mi condición y pa hacer amigos porque acá, en el entorno vecinal, no tengo ningún amigo, vecino ni nada. Son puros viejos, son puros abuelitos (...) Entonces, ya, vamos. Ya fui y todo.”

2.2. PRIMER DÍA

La mayoría de los entrevistados concuerda que el primer día se sintieron **bien acogidos** e **inmediatamente incluidos**, señalando que lo primero que les llamó la atención fue **el juego** y la **unión del grupo**, ya que observaron que ahí se daba un ambiente donde todos eran **iguales** y tratados como tal, donde hay **confianza** y **respeto** entre ellos, no existiendo la diferencia entre PeSD y PSD; o entre cada uno de los participantes.

“I: ¿te llamó la atención algo?

J2: eh, uno el juego y, y el tema como el fiato, la unión que había ahí, me encantó, o sea, onda, no, ahí no existen las condiciones diferentes, sino que son unos, o sea son, son todos iguales (...) la unión, la unión que hay ahí, es como tan, tan rico, tan especial (...) la confianza, obviamente la respetuosidad de cada uno, eh, el compañerismo, el trabajo en equipo.”

2.3. ENTRENAMIENTO

Con respecto al entrenamiento, distinguimos dos instancias relevantes correspondientes a la **dinámica de juego**, que consiste en el entrenamiento como tal, y la **dinámica de grupo**, que es la forma en que se relacionan los integrantes del club durante la práctica, los cuales influyen de diferente manera en los participantes.

a. Dinámica de Juego

A través de lo relatado por los entrevistados y a partir de nuestras propias observaciones, logramos obtener una mirada global de la dinámica de juego del Club (ver Imagen 4.1. y Anexo 4.3.). En los entrenamientos las **principales habilidades** que se practican son la **fuerza de brazos** para alcanzar diferentes distancias y la **precisión** del lanzamiento.

O.P. J.T. “Una vez junto al grupo, ENTRENADOR les explica que durante este entrenamiento se dedicarán a trabajar fuerza y distancia,

luego de esta explicación marca tres cuadrados en la cancha y divide al grupo en dos equipos.”

Imagen 4.1. Dinámica de juego.



Esta actividad, generalmente, se realiza con distintos grupos que juegan de forma simultánea, para luego ir cambiando y rotando a los jugadores, creando nuevos equipos de forma momentánea. La selección de los jugadores a momentos se hace de forma estratégica, manteniendo a los principiantes en las canchas de los costados y a los más antiguos en la cancha central.

O.P. P.F. “Al medio se realiza un entrenamiento especial, más estratégico, donde la gente reacciona bien, ya que le motiva tener nuevos desafíos. Consiste en mejorar la precisión, lanzando a una zona delimitada por el entrenador y acercarse a la bocha blanca.”

O.P. P.F. “A las 11:36 vuelven a armar las canchas, dejando 3 canchas, dos de ellas de 3 jugadores por lado con 2 bochas cada uno y otra cancha normal. La idea de este sistema es tener la mayor cantidad de jugadores practicando, las canchas de los lados practican la precisión y los de la cancha del centro, precisión y estrategia.”

Además, durante el entrenamiento, se realizan varios **momentos de descanso** para que los jugadores puedan tomar bebidas calientes y **compartir entre ellos**, formando también esto parte de la dinámica misma del entrenamiento (Ver Imagen 4.2.).

“P: el día sábado ellos van a entrenar, van a ver a sus amigos, a su amiga, van a tomarse un café con una persona que para ellos es agradable, con la que pueden conversar, una persona que los va a escuchar, entonces eso les gusta a todos (...) a veces, no es tanto lo que entrenamos, pero sí “*peluseamos*” bastante, nos reímos bastante...”

Imagen 4.2. Sala de descanso.



b. Dinámica de Grupo

El Club de bochas es un grupo de personas con y sin situación de discapacidad que se reúnen a entrenar todos los sábados en un establecimiento dentro de la comuna de El Bosque, donde muchos de ellos señalan que esta instancia es su única oportunidad de **sociabilizar**, y en la que, además, han logrado formar **lazos de amistad** con sus compañeros.

“J1: tengo un grupo de amigos, donde mis amigos también tienen discapacidad parecida a la mía o diferentes y nos relacionamos los fines de semanas, compartimos en bochas, nos relacionamos aparte de como deporte, hacemos lazos de amistad.”

Por otro lado, destacan que dentro del grupo se observa y se siente un **ambiente de apoyo** entre cada uno de sus miembros. Cuando uno de los jugadores hace un buen punto, todos lo animan como un refuerzo positivo y cuando el punto no es bueno, le demuestran apoyo y lo aconsejan para poder mejorarlo. P nos asevera que ella siempre trata de cuidarlos y apoyarlos, ya que hay muchos que necesitan de esa contención. Además, observamos que durante el entrenamiento todos se ayudan en tareas simples como en los

desplazamientos, asistir a los que no pueden ir solos al baño, entre otros (Ver Imagen 4.3. y Anexo 4.4.).

O. P. P.F “A uno de los equipos ingresa la JUGADORA con su ayudante el TO, que al momento de jugar, debe ayudar a JUGADORA con su canaleta y al lanzar la bocha logra un excelente punto, causando que los dos equipos comenzaran a gritar y aplaudir. Pude ver el rostro de felicidad de JUGADORA, reflejado principalmente en sus cambios de tono, aumentando notablemente su espasticidad, por lo que su equipo se preocupa de calmarla y relajarla para que pueda realizar sin dificultad su otro lanzamiento.”

O.P. P.F. “Llega la hora de almuerzo y todos nos dirigimos al casino del colegio (...) Me pasan algunos tickets para cobrarlos, mientras ellos buscan donde ubicarse para almorzar. P se acerca y me pide que ayude a comer a la JUGADORA, ya que no lo puede hacer sola. Así es la dinámica que se da en bochas, se apoyan entre todos.”

Algunos de los jugadores señalan que consideran a este grupo como una **familia**, donde además del apoyo, buscan corregir conductas que puedan ser dañinas para los mismos jugadores o el equipo. J2 nos relata, desde su experiencia, que cuando faltó por unos meses al entrenamiento para prepararse para su examen de título, sus compañeros de bochas se preocuparon por su ausencia, expresándole que la extrañaban.

“**J2:** yo dije que bochas era como mi segunda familia, porque de verdad es una familia, una familia, todos se apoyan, todos se critican, o sea, en buena onda, pero si pasa algo malo ahí te dicen “oye estay mal” o te corrigen.”

Cabe destacar que al momento de preguntarle a los entrevistados qué significaba para ellos bochas, muchos de ellos respondieron usando la palabra “**todo**” lo que nos da una idea del significado que tiene para ellos el poder juntarse todos los fines de semana y practicar un DA.

“I: ... ¿podrías decirme que ha sido para ti bochas?”

J3: Todo.

I: ¿Así... que es el todo?

J3: A ver... disfrutar de lo que hago, participar en un grupo, compartir con gente de mi discapacidad, o sea, de mi grupo, de poder demostrar a la gente que los discapacitados valemos”

“J2: no lo cambio por nada. Por eso estoy tratando de buscar pegas que no me alteren el día sábado, *cachay*.”

Imagen 4.3. Dinámica de grupo.



2.4. CAMPEONATOS

Un punto importante dentro de la experiencia de bochas son los campeonatos (Ver Anexo 4.5.), participando en competencias a nivel metropolitano y comunal. Para los participantes es un momento donde sienten **felicidad, alegría, nerviosismo y ansiedad**. Estas sensaciones las asemejan a lo que siente un **deportista profesional**, conceptualizándose así de esta forma.

“J3: el nerviosismo de cuando empiezan los campeonatos, cuando te llaman te da dolor de guata, después te concentras y se pasa, es lo mismo que le debe pasar a los deportistas.”

En el transcurso del campeonato se juegan muchos parciales, lo que les da la **oportunidad de ganar** alguno de ellos, donde este triunfo genera en ellos **satisfacción y orgullo**, influyendo positivamente al **aumentar la confianza** en sí mismos y en su equipo.

“**J2:** eh... me influye pa, de forma positiva, pa más fuerza, más confianza en sí misma y en el juego o en el equipo.”

Destacan que dentro de los campeonatos asiste una **diversidad de participantes**, de distintas edades, discapacidades y comunas, por lo que es un momento donde pueden **conocer personas** con diferentes realidades. Algunos comentan que en ese momento pueden **comparar sus habilidades** con el resto de las PeSD que asisten, sobre todo con aquellos que su discapacidad implica un mayor compromiso a nivel motor y cognitivo, lo que genera un **cambio de perspectiva de su discapacidad**.

“**J1:** en los mismos campeonatos que se ven distintas, distintas personas con discapacidad, de distintas comunas (...) Genera una satisfacción y genera el darte cuenta así como muy de repente que no *tenis* nada po comparado con otra gente, porque hay gente que tiene cero movilidad y juega igual a bochas y participa y se entusiasma y celebra los puntos. Entonces es como satisfacción personal y satisfacción como grupo de bochas, como una combinación de los dos.”

Por último, señalan que el **representar una comuna** es una de sus motivaciones principales para asistir, ya que las victorias son de todos y con estas pueden **demostrar que son capaces e importantes**, generándoles orgullo y satisfacción.

“**J2:** vamos a campeonatos, sabemos que representamos a una comuna, representamos a una o un mismo deporte. Como que eso me apasiona de, de bochas, yo por eso me enamoré de bochas.”

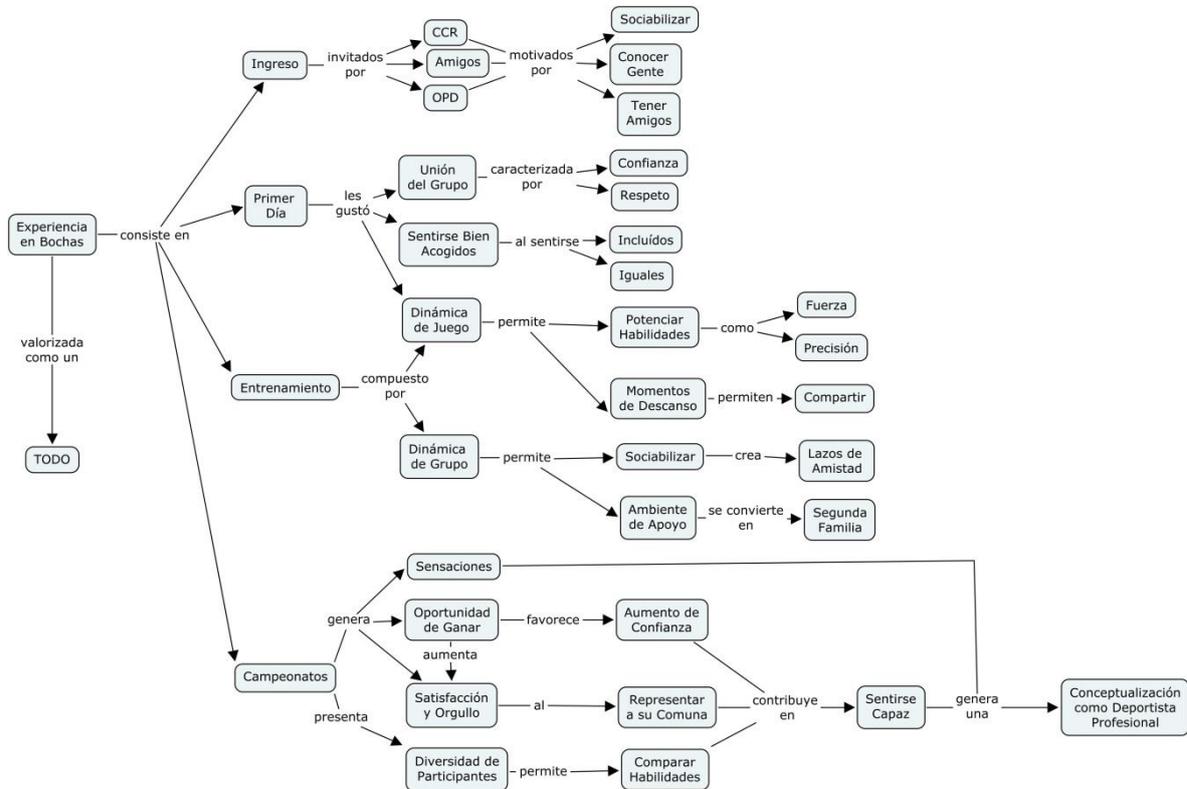
“**F:** (...) es como mañana soy importante, mañana...voy a estar con mi equipo... voy a... ver si puedo ganar una medalla o llevarnos una copa pa ellos es algo súper importante, muy importante (...) voy a participar mañana... y capaz que me gane esa copa y... cuando reciben la copa es como que ¡ah! soy lo mejor.”

“**P:** El Bosque llega a los campeonatos en las diferentes comunas de acá dentro de Santiago, y El Bosque tiene peso (...) Yo soy un jugador de El

Bosque, les genera así, como que la autoestima se les levanta a los chiquillos, se sienten orgullosos de representar a la comuna (...) hay equipos que son mejores que otros, hay jugadores que son mejor que otros (...) pero siempre los triunfos son para la comuna, para El Bosque, siempre hemos dicho lo mismo.”

A continuación presentamos el mapa conceptual que expone y resume la Experiencia en Bochas de los participantes entrevistados.

Mapa conceptual 4.6. Experiencia en Bochas.



En este mapa observamos la composición de la Experiencia en Bochas y los momentos, características y sensaciones a los que los entrevistados les otorgaron mayor importancia al describirla.

3. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LAS HABILIDADES

Dentro de la información obtenida identificamos que la práctica de este deporte y otros DA conlleva a la obtención de ciertos beneficios y habilidades, las cuales para mayor comprensión y orden hemos dividido en habilidades motoras, habilidades psicosociales y habilidades cognitivas las que serán tratadas con mayor profundidad a continuación.

3.1. HABILIDADES MOTORAS

Existen ciertas HM que son conseguidas por medio de la práctica del DA, que en el caso del grupo entrevistado, las principales habilidades identificadas fueron la **fuerza** y la **precisión** (Ver Mapa Conceptual 4.7.). Estas son obtenidas con el tiempo y la **práctica constante** del deporte y permiten una mejor **manipulación de la bocha** y desempeño en cancha. Esta información entregada por los integrantes, pudimos verificarla a través de nuestras OP, donde el Entrenador y el Monitor de bochas realizaban un **entrenamiento enfocado** en la adquisición de estas habilidades a través de ejercicios como lanzar la bocha a distintas distancias dentro de zonas preestablecidas en la cancha para mejorar la precisión o realizar lanzamientos a grandes distancias, desarrollando principalmente la fuerza de brazos.

O.P. J.T. “Una vez junto al grupo, ENTRENADOR les explica que durante este entrenamiento se dedicarán a trabajar fuerza y distancia, luego de esta explicación marca tres cuadrados en la cancha y divide al grupo en dos equipos.”

Cabe destacar que no sólo bochas como deporte tiene repercusiones positivas sobre las habilidades de los participantes. Otros DA tales como el **handball** o el **basketball en silla de ruedas** ayudan a mejorar la **fuerza de miembros superiores** y la **rapidez de desplazamiento** en la silla de ruedas. Respecto a esta última, bochas genera un efecto similar, donde P considera que incluso el acto de pararse y caminar a buscar una bocha, en los miembros que no utilizan silla de ruedas, puede mejorar su velocidad de desplazamiento.

“P:... el hecho de moverte de una silla y pararte para llegar a la cancha también es algún ejercicio para algunos...”

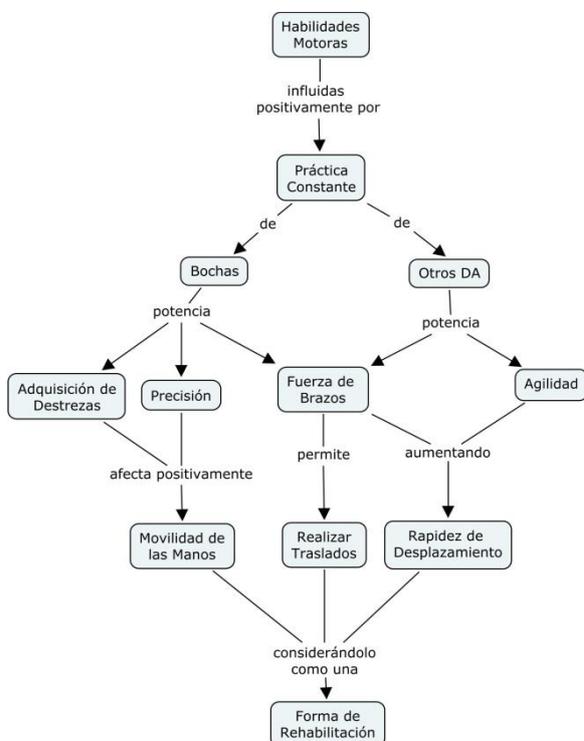
“J2:... con el tema de handball y basket aprendí a andar en la silla de ruedas de nuevo... me enseñaron muchas cosas que yo no sabía en la silla, que yo podía hacer con la silla de ruedas... me sirvió para hacerlo diariamente.”

Por otro lado, algunos de los entrevistados destacan que durante su experiencia en bochas han observado como sus compañeros han avanzado en

cuanto a la adquisición de HM. Estos avances, según el Monitor, se deben principalmente a que el DA es una **forma de rehabilitación**.

“**M:** ...cada día me voy dando cuenta que hago movimientos que antes no lo hacía, entonces sí me ha servido para la rehabilitación (...) ella no tiraba bochas, no podía tirar porque estaba sumamente atrofiada... empezó a lanzar, a lanzar, llegó al metro, después le pedí el metro veinte, y así fui avanzando hasta que llegó a los cinco metros”.

Mapa conceptual 4.7. Influencia de la práctica de Bochas en las Habilidades Motoras



En este mapa podemos distinguir como la práctica constante de bochas influyó sobre la adquisición y mejora de ciertas HM, percibidas por los jugadores, como precisión, fuerza de brazos, agilidad y rapidez.

F también corrobora este hecho, describiendo cómo ha visto que la **movilidad de la mano y de la extremidad superior** de los jugadores mejora a través de la práctica del deporte y la manipulación de la bocha en sí.

“**F:**... he visto a personas que no pueden mover un brazo por forma completa y ahora llegan lo doblan completo y sin kine... he visto a una persona que lo hizo, solamente con las bochas, porque en su casa se

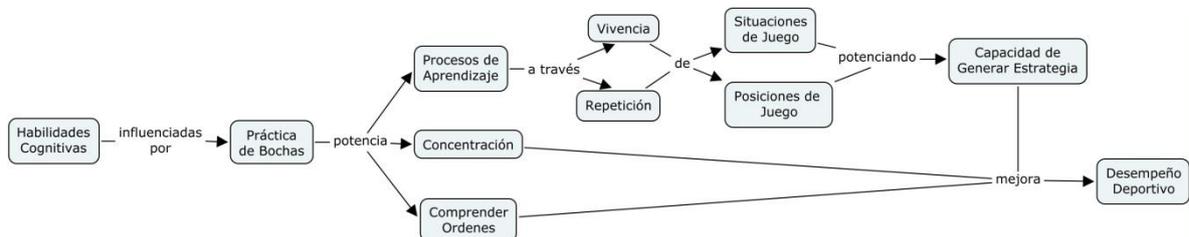
hizo como su bowling y se hizo unas pelotas con pantys y practicaba en su casa.”

En resumen, la práctica de DA influye de forma positiva en la adquisición de HM, considerando la **fuerza**, la **precisión**, la **agilidad** y la **rapidez**; como una **forma de rehabilitación** para los jugadores que no acceden a una terapia convencional o como complemento de esta para quienes si se encuentran en un proceso de terapia.

3.2. HABILIDADES COGNITIVAS

Dentro de las habilidades cognitivas consideramos a todas aquellas que se relacionaran a los procesos mentales que abarcan el aprendizaje, comprensión, planificación y ejecución de tareas, descartando todas aquellas habilidades relacionadas a la interacción grupal y social, tal como se observa en el siguiente mapa conceptual.

Mapa conceptual 4.8. Influencia de la práctica de Bochas en las Habilidades Cognitivas.



Se puede apreciar como la práctica constante de bochas permite la adquisición de habilidades cognitivas relacionadas a la mejora del desempeño deportivo a través del aumento de la concentración y la capacidad de comprender órdenes y de generar estrategias.

Según los entrevistados, la práctica de bochas implica **procesos de aprendizaje**, en los que la **repeticón** y la **vivencia de ciertas situaciones de juego** da lugar a estos, pudiendo expresarse en **cambios de estrategia** o en la **adquisición de habilidades** que son útiles tanto dentro de la cancha como en la vida diaria de los jugadores, sin discriminar si ellos tienen o no una situación de discapacidad.

Parte de las habilidades cognitivas que ellos consideran han adquirido por medio de la práctica del DA es la **concentración**, que ven como parte **fundamental para el desempeño** durante el juego de bochas. J2 y J3 se

definen como “dispersas” antes de entrar al taller, refiriéndose a la dificultad para concentrarse en la realización de una sola tarea hasta su culminación. P señala que es algo común dentro del grupo y ha visto cómo sus jugadores han ido adquiriendo esta concentración para poder jugar y cumplir con parte de los requisitos de este juego.

“P: ... el tema de poner atención en algo, porque hay mucha gente que era muy dispersa ¿ya? Le costaba mucho concentrarse en algo, y ya con esto, por ejemplo han aprendido de que hay momentos en que tienen que estar en silencio, que no se pueden mover, que hay un punto fijo donde uno tiene que tirar...”

Otra de las habilidades adquiridas, las cuales hemos podido presenciar durante nuestras observaciones en la cancha en muchos de los jugadores, es la **capacidad de generar estrategias antes y durante el juego**. Esto se distingue principalmente durante los campeonatos, donde los capitanes y jugadores crean estrategias de juego para poder vencer a sus oponentes, utilizando los conocimientos adquiridos durante la práctica para poder cumplir con las órdenes de su capitán y vencer obstáculos en cancha.

O.P. P.F. “Me doy cuenta que de a poco han adquirido además de las habilidades motoras como precisión y fuerza, técnicas estratégicas (...) ellos las han aprendido y se han ido adaptando, han hecho aprendizaje de sus malos y buenos puntos...”

M señala que la práctica y el juego en sí están ligados a procesos intelectuales debido a lo nombrado anteriormente, ya que para poder cumplir con las jugadas necesitan **comprender las ordenes**, generar estrategias a partir de aprendizajes previos y ejecutarlas.

“M: (...) intelectualmente tienen que pensar qué cosas, cuál es el juego que tienen que hacer ellos”.

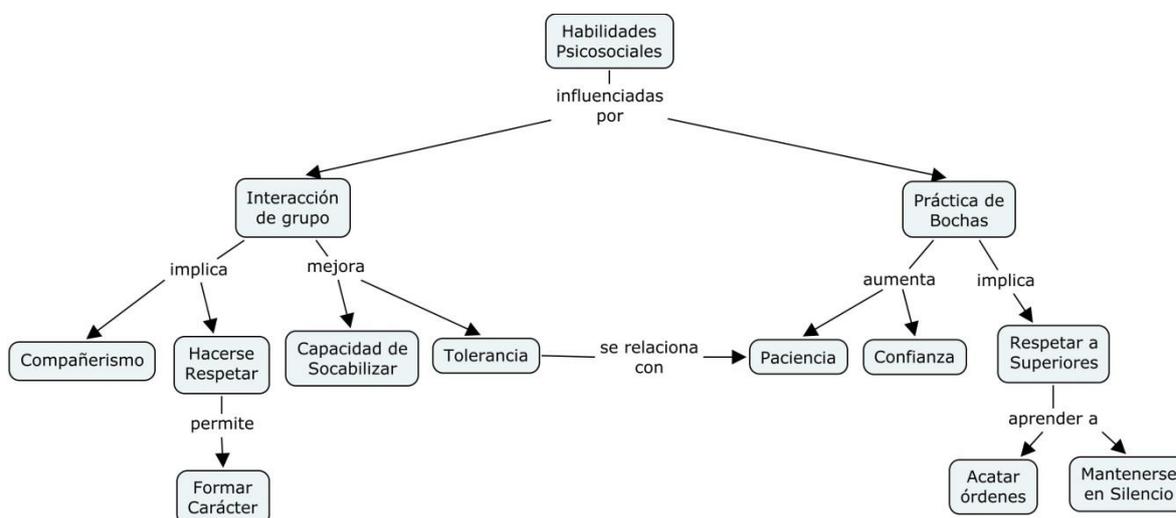
Si bien estas habilidades se desarrollan y/o potencian en la mayoría de los participantes, algunos logran tener un nivel mayor a los demás, debido a **posiciones que tienen mayor exigencia**, como la de capitán de equipo.

3.3 HABILIDADES PSICOSOCIALES

Al hablar de las habilidades psicosociales (Ver *Mapa Conceptual 4.9.*) consideramos todas aquellas que tuviesen un nexo con la relación del jugador frente a un grupo o frente a desafíos propios asociados a la presión de un juego y de la fijación de ciertas metas.

Dentro de los beneficios adquiridos, están los que pueden ser atribuidos a la **interacción con un grupo** de personas con y sin situación de discapacidad, y están los que se adquieren por la **práctica del deporte** en sí.

Mapa conceptual 4.9. Influencia de la práctica de Bochas en las Habilidades Psicosociales.



A través de este mapa se puede observar como la práctica de bochas y la interacción dentro del Club potenció en ellos habilidades como la capacidad de sociabilizar, hacerse respetar, la confianza y la paciencia, entre otros.

Con respecto a los beneficios adquiridos por la interacción entre los integrantes, los entrevistados consideran que estos están relacionados al **compañerismo** que hay dentro del grupo, el cual surge a medida que van compartiendo entre ellos; y la **capacidad de sociabilizar**, la cual señalan que en ellos ha aumentado de gran forma desde que empezaron en el taller de bochas hasta el día de hoy. P también recalca la importancia de relacionarse y compartir, mencionando, además, que para algunos es el único día donde tienen la oportunidad de hacerlo con otras personas que no pertenezcan a sus familias.

“J1: (...) Esas mismas habilidades de compartir con demás gente que yo no tenía antes, no las... ni siquiera las había desarrollado en mí po si mi grupo social, por decirlo así, era mi familia. Ahí descubrí todo, descubrí amigos, descubrí pololo.”

Otros de los beneficios nombrados por los entrevistados y que han adquirido a través de la interacción grupal, fue el poder sentirse parte de un grupo e importante como miembro de su equipo, acercarse y valorar a sus familias, desarrollar la **tolerancia** hacia otras personas y diferentes ideas, **hacerse respetar** como personas, frente a sus pares y a la sociedad y a **formar carácter** como líder y como personas, pudiendo expresar sus opiniones sin miedo o remordimiento.

El segundo tipo de beneficios, es decir, los relacionados a la práctica de bochas, son aquellos como la **confianza en las propias capacidades** como jugador, la **paciencia**, el aprender a **mantenerse en silencio** durante un juego, el **acatar órdenes** y **reconocer superiores o líderes** dentro de su equipo, entre otros. Además, M señala que el deporte sirve como un **medio de integración**, ya que en él ha servido para sentirse más integrado a la sociedad al utilizarlo como un medio de trabajo.

“M: ...yo vi que eso podía ser algo que yo podía enseñar y que me podía sentir como persona, una persona integrada a la sociedad (...) todos se sienten integrados a la sociedad porque (...) se participa con Kinesiólogos, Terapeutas (...) las mamás, los papás, las familias que los van a ver, gente que va pasando fuera del gimnasio o que están haciendo otra actividad física, y entonces ellos quedan mirando las bochas, entonces ahí como que se integran a la sociedad.”

Finalmente, tal como fue descrito, son muchos los beneficios que se obtienen a través de la práctica del DA, en este caso bochas, y la interacción que se produce entre los miembros del grupo que ahí se reúne, los cuales asisten no sólo para entrenar, sino también para recrearse, obteniendo a partir de esta, habilidades de diversa índole que les permitirán una mejor y mayor participación en la sociedad.

4. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN EL AUTOCONCEPTO

Dentro del autoconcepto decidimos incluir sólo tres dimensiones de las cuatro que la literatura sugiere, que corresponden al autoconcepto físico, personal y social, debido a que no identificamos influencias a nivel del AC académico. Para conocer los efectos de la práctica de bochas en el AC, nos basamos exclusivamente en las respuestas de nuestros entrevistados.

4.1. AUTOCONCEPTO FÍSICO

Su AF es la forma de verse a sí mismos físicamente, donde, al igual que la teoría, decidimos dividirla para su mayor comprensión en dos subgrupos que corresponden a la apariencia física y a la habilidad física y deportiva, referida a la percepción del individuo sobre su competencia o habilidad deportiva, resistencia física y salud.

Con respecto a su visión personal acerca de su **apariciencia física**, los entrevistados relataron estar muy **conscientes de sus limitaciones** físicas y cómo sus ayudas técnicas pasan a ser extensiones de su cuerpo. Para F, su participación en el taller de bochas significó una **mayor aceptación** de su estado físico y apariencia, similar a lo ocurrido con J1 y J2, quienes indicaron que el haber interactuado con otras PeSD significó avanzar en la aceptación de su propia situación de discapacidad.

Dentro del subgrupo de **habilidad física y deportiva** tuvimos diversas opiniones en cuanto a rendimiento, catalogándose algunos de buenos o malos jugadores, sin embargo, todos se **conceptualizaron como deportistas**. Pudimos identificar que la evolución del AF, especialmente en este subgrupo, está estrechamente **ligada a la adquisición de habilidades motoras**, donde J2, por ejemplo, indica que gracias a la práctica de DA se percibe a sí misma como una mejor jugadora, al ser ahora más ágil, principalmente con su silla de ruedas.

“**J2:** (...) era más torpe en mi silla de ruedas, de hecho me costaba como doblar en algunas partes de mi casa, me apretaba siempre los dedos (...) ahora con el tema de handball y basket aprendí a andar en silla de ruedas de nuevo...”

4.2. AUTOCONCEPTO PERSONAL

El AP tiene relación con la percepción de los valores internos del sujeto y su valorización como persona. En cuanto a la percepción de sus propias cualidades y defectos, tuvimos variadas respuestas, las cuales se relacionan estrechamente a las habilidades y beneficios adquiridos mencionados anteriormente, sin embargo, se diferencian en que esta vez es el propio sujeto que reconoce en él tales características como suyas.

De las respuestas obtenidas, J1, J2 y J3 mencionan como un cambio el sentirse **más seguras de sí mismas**, ya sea para realizar alguna tarea o para expresar sus opiniones.

“**J1:** Como que me atrevo a decir las cosas po cuando no me parecen, porque al principio no se po... jugaban mal o algo que no me parecía del otro equipo y me quedaba callada. Y ahora no po, ahora le digo al capitán pa que alegue...”

Otra opinión que destaca es el que ahora se perciben a sí mismos como **personas importantes** dentro de un grupo. Por otro lado, J1 considera que **augmentó su autoestima** desde que empezó a participar en el taller de bochas y en las instancias previas a este, como en el CCR o en las organizaciones.

“**J1:** antes yo tenía poca autoestima, por decirlo así (...) Cuando fui al grupo del CCR, ahí me di cuenta que no era solo yo, que había gente que estaba peor que yo, entonces eso me hizo como abrir los ojos de repente.”

Estas distintas experiencias de los participantes evidencian que existen influencias positivas sobre el AP de los que practican DA, desde quienes participan como deportistas hasta quienes sólo asisten para compartir con ellos dentro del grupo, ya sean PeSD o PSD.

4.3. AUTOCONCEPTO SOCIAL

Dentro del AS complementamos la visión que cada uno tiene de cómo sus pares o la sociedad los ve a ellos, con la visión más general que nos entrega P desde su experiencia y lo que ha observado en los integrantes del Club que dirige.

Dentro de la percepción que tienen de cómo la sociedad los ve al realizar DA, muchos de ellos destacan que sus familias los observan con **orgullo**, reconociéndolos como **personas esforzadas y resilientes**, al superar diversos obstáculos relacionados a su discapacidad, y, en el caso de M, valoran el hecho de ocupar bochas como un medio de obtener recursos económicos manteniendo su **imagen y rol de sustentador** de su familia previo a su discapacidad.

“M: (...) mi familia se siente muy orgullosa, gano plata, no gano tanto, pero sí gano *pa'* sobrevivir.”

También señalaron a través de sus entrevistas que ellos perciben que sus amigos ahora los ven como personas **felices, activos, resilientes y capaces de cumplir metas**, indicando que estos les expresan su **admiración**.

“J3: Soy una persona como muy tiradora pa arriba, que les doy fuerza, les doy energía, les doy esas ganas, según lo que me han dicho de vivir, de cambiar de vida.”

P indica que gracias al DA, los talleres extracurriculares realizados para PeSD y las demostraciones de bochas en consultorios y plazas, han logrado ir **cambiando la visión de la sociedad sobre la discapacidad**, ya que pasaron de ser “los pobrecitos discapacitados” a ser deportistas y sentir la admiración de quienes los ven jugar.

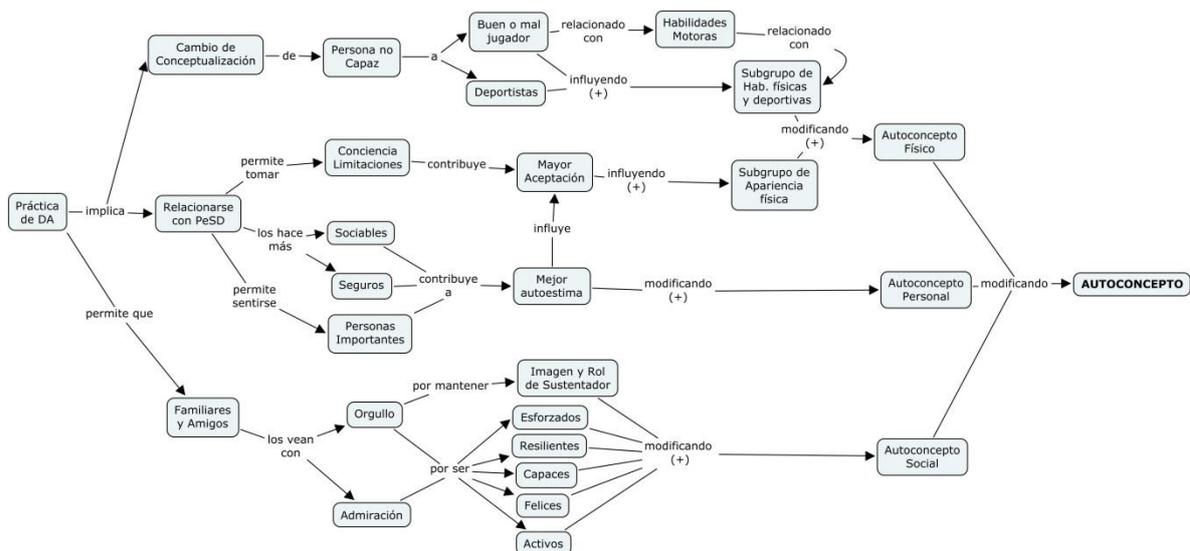
“P: (...) ellos ya perciben que ya no nos miran como el inválido, que usan la palabra inválido o el discapacitado, (...) ya nos están mirando con un poco más de respeto, o sea, ya, ya no porque te falta una pierna, o porque uses un bastón, o uses una silla de rueda, no, ya, nosotros

somos pares, igual que ellos, y eso es lo que están percibiendo los chiquillos, y están poniéndose ellos en ese lugar.”

De esta forma, P y M se enfocan principalmente en dar a entender que es gracias al DA y su exposición frente a la sociedad, la que permite cambiar la visión que estos tienen de las PeSD, transformando también su AS a personas más activas e independientes, ya que al modificar los estigmas sociales sobre ellos, sienten que los otros los reconocen de esta nueva forma.

A continuación observamos, a través del siguiente mapa conceptual, cómo la práctica de bochas influyó en el Ac de los jugadores.

Mapa conceptual 4.10. Influencia de la práctica de Bochas en el Autoconcepto.



En este mapa podemos distinguir cuales son las instancias de la práctica de bochas que modificaron el Autoconcepto a través de sus distintas dimensiones.

5. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN

A través de la entrevista identificamos que la experiencia en bochas para los sujetos de estudio ha significado crear una nueva instancia de participación, caracterizada por abarcar diferentes niveles de esta, como social, deportivo y recreacional, afectando positivamente su participación e inclusión. Sin embargo, la práctica constante y la interacción con sus pares, como fue expuesto anteriormente, permite el desarrollo y perfeccionamiento de ciertas

habilidades de diversos tipos, que favoreció aún más su capacidad de desenvolverse en la sociedad e influyó en su participación e inclusión.

5.1. HABILIDADES MOTORAS QUE INFLUYEN EN LAS AVD Y LA PARTICIPACIÓN

Con respecto a las HM, nuestros entrevistados relacionan que la adquisición de estas ha generado una **mejora en el desempeño de sus AVD**, contribuyendo de forma positiva en su participación. Dentro de las HM que ellos consideraron más influyentes destacan la mayor **capacidad de desplazamiento**, relacionada a un aumento de su **actividad física**; y la **agilidad**, las cuales les permiten **augmentar su nivel de independencia** en los traslados de lugar, ya sea en distancia recorrida en silla de ruedas o traslados más simples como transferencias de cama a silla u otros, incrementando de esta forma su participación.

“**J2:** (...) pa pasarme a una cama, una silla a un sillón, yo tengo que soportar mi propio peso (...) Antes yo no lo hacía, me tenían que pasar, cachay. Eh...pero ahora si lo hago, lo hago y bien, bien.”

5.2. HABILIDADES PSICOSOCIALES Y COGNITIVAS Y VARIACIONES DEL AUTOCONCEPTO QUE INFLUYEN EN LAS AVD Y PARTICIPACIÓN.

Dentro de los beneficios obtenidos a través de la práctica de bochas, los entrevistados consideran que ciertas habilidades sociales y cognitivas adquiridas, junto con la variación en la manera de verse a sí mismos, fueron las que generaron en diversos grados y formas una influencia positiva en sus AVD y su participación, donde destacan dentro de estas la capacidad de sociabilización, el cambio de perspectiva respecto a su discapacidad, el aceptarse, el sentirse capaz, la confianza, entre otras.

a. Capacidad de Sociabilización

La dinámica dentro del grupo asociada a la práctica de bochas ha permitido que muchos **salgan de un estado de “aislamiento”** en el que sólo compartían con sus familias, dándoles la **oportunidad de relacionarse** con distintas personas e ir adquiriendo y perfeccionando **habilidades que les**

permiten desenvolverse dentro de la sociedad como la **tolerancia**, la **amabilidad** y la **capacidad de trabajo en equipo**. Esto ha permitido que muchos incrementen su círculo social y que tengan la oportunidad de crear **lazos de amistad**, saliendo del “aislamiento” antes mencionado, favoreciendo su participación.

“**J1:** ¿Qué cambios he notado? Que soy más sociable, 100% más sociable, así como que yo hablaba con lo justo y necesario. Mi familia eran los que... amigos, nada de eso, era solo mi familia, nadie más. Entonces empecé a ir a bochas y empecé a conocer a otra gente.”

“**F:** (...) bochas los distrae, es una forma de compartir con más gente, sociabilizar, de aprender a... a compartir... porque hay mucha gente que llevo a las bochas que no sabía lo que era compartir (...)”

Es importante destacar la influencia que también genera el CCR y la OPD en este punto, sin embargo, señalan que el Club de Bochas fue el lugar concreto donde se les permitió sociabilizar y generar una red de amigos.

b. Cambio de perspectiva de su discapacidad

En el entrenamiento y los campeonatos de bochas, los jugadores tienen la posibilidad de **compartir con personas con diferentes realidades y limitaciones**, permitiéndoles observar a aquellos con igual o mayor compromiso de su estado de salud y reevaluarse, **cambiando la perspectiva de su discapacidad**. Este cambio les permite **replantearse sus capacidades y metas**, viendo su vida y su situación de discapacidad de forma diferente, debido principalmente a la comparación con el resto, influyendo positivamente en su **aceptación** y, de esta forma, en la manera de enfrentarse a la sociedad.

“**J1:** Genera una satisfacción y genera el darte cuenta así como muy de repente que no tenis nada po comparado con otra gente, porque hay gente que tiene cero movilidad y juega igual a bochas y participa y se entusiasma y celebra los puntos (...) Entonces yo ahí adquirí esa confianza en mí misma, adquirí esa... darme cuenta que no soy yo no

más, que hay más gente a mi alrededor con las mismas dificultades o parecidas y eso po. Fue como todo un cambio paulatino.”

c. Aceptarse

Los entrevistados destacan que el **modificar su perspectiva** respecto a su propia situación de discapacidad y la **interacción con otras PeSD** contribuye en el proceso de aceptación de esta, convirtiéndose en una influencia importante dentro de este proceso. Es así como ellos indican que gran parte de sus compañeros **aprenden a vivir con su situación de discapacidad** aceptándola, señalando que ya no pelean contra su enfermedad.

“**J3:** Claro, entonces de ahí todavía no me daba cuenta de que... realmente de mi discapacidad hasta que llegué a las bochas, y ahí como que acepté la discapacidad en mí (...).”

“**P:** (...) algunos han aceptado su condición ¿ya? y eso es entretenido porque han aceptado su discapacidad (...) y el hecho de (...) involucrarse y relacionarse con los demás e ir conversando lo han hecho aceptar su discapacidad ¿ya? o sea, que no lo que te pasó a ti fue lo más grave del mundo, ahí se dan cuenta de que hay un compañero, un amigo que está peor.”

“**P:** Eh, aceptarse, cada uno de ellos, porque ahí había algunos que les costaba mucho aceptar su condición, a veces adquirida por enfermedad, por accidente, qué se yo, aceptarse (...) Hemos aprendido a manejar el tema de la discapacidad con alegría se puede decir (...) han aprendido que tienen que vivir con eso ¿ya? que no hay reversa (...).”

d. Sentirse capaz

Muchos de los entrevistados llegaron a bochas con la **mentalidad de que no tenían habilidades**, no eran capaces y, por lo tanto, **no iban a lograr participar** y jugar bochas. A medida que entrenaban y participan del grupo, fueron observando que **adquirían habilidades** que no esperaban tener, **descubriendo que son capaces** de hacer lo que se proponen. Es así como

tras ir obteniendo triunfos personales, refuerzan la idea de que sí pueden, de que pueden hacer deporte y ganar, por lo que **es posible que esto se repita en otros aspectos** o momentos de participación.

“**J1:** Bochas, es un grupo, o sea, el taller de bochas, es un grupo en el cual yo he encontrado amigos, he encontrado un lugar en donde poder desarrollar mis capacidades y darme cuenta que soy capaz de hacer varias cosas. Yo misma pensar en un principio no voy a poder jugar a esto, así po, voy a poder jugar y voy a poder participar en campeonatos.”

“**P:** Es que yo creo que ahí hemos potenciado gente que ni siquiera sabía que tenía esa habilidad, la habilidad de saber jugar, ellos no tenían idea que podían hacer algún deporte, hay muchos que ni siquiera sabían que tenían una habilidad de ser un capitán, de ser capitán de un equipo ¿ya? O de ser un buen jugador, no tenían idea de que podían llegar a ser un buen jugador dentro de un equipo ¿ya? Y cuando lo han descubierto eso los hace sentirse muy bien.”

e. Confianza

A medida que se integraban y participaban del Club de Bochas, fueron adquiriendo habilidades y cambiando su AC a personas más activas y capaces, lo que les permitió **crear más en sí mismos**, aumentando su **seguridad** y **confianza**. De esta forma, señalan que bochas ha sido un medio por el que lograron ser más **independientes**, tomando la decisión de salir de sus casas y **buscar nuevas ocupaciones**, aumentando su participación.

“**J1:** Ahí po, ahí yo en el grupo de bochas como que adquirí confianza, adquirí habilidades que no sabía que tenía.”

“**P:** Todos los deportes adaptados también en Chile, todos, todos, todos, los hace, los hace adquirir seguridad ¿me *entendís* tú? (...)”

f. Otros

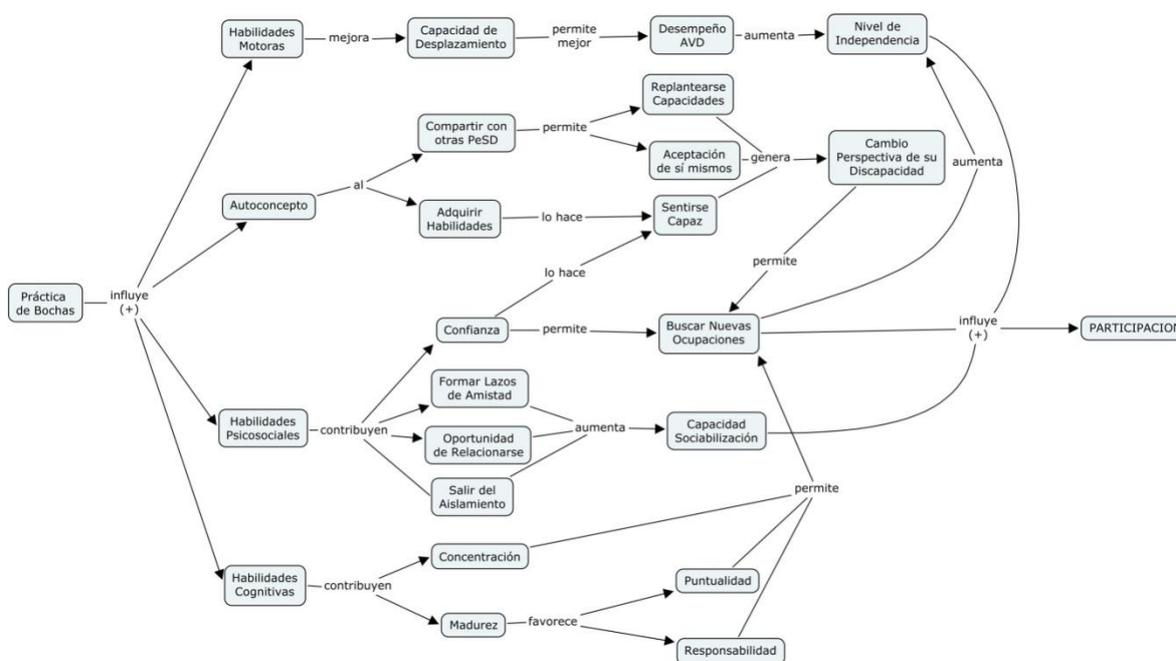
Dentro de las habilidades que se fortalecen con la experiencia en bochas, también se encuentran la **concentración**, el **compromiso**, la

responsabilidad, la **madurez** y la **puntualidad**, que señalan pueden ser útiles para su futuro, principalmente para el área laboral, al ser fundamentales para tener un buen desempeño en esta.

“**J2:** ehm... la madurez, mucho, la responsabilidad, o sea las he inculcado más, más de lo que tenía antes, la puntualidad, eso también es otra cosa que he inculcado harto. El tema de la puntualidad. Sean puntuales para llegar a tal parte, entonces eso también va arraigado a bochas.”

A través del siguiente mapa conceptual, graficamos lo anteriormente señalado.

Mapa conceptual 4.11. Influencia de las habilidades adquiridas y AC tras la práctica de Bochas en las AVD y Participación.



En este mapa se aprecia como las habilidades adquiridas y las modificaciones del AC permitieron aumentar el nivel de participación al adquirir mayor independencia y mejorar su capacidad de sociabilización.

5.3. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LA PARTICIPACIÓN

El nivel de participación, si bien es influenciado por los beneficios relacionados a las habilidades y AC que son modificados por la práctica de bochas, también es capaz de variar de forma positiva, producto de que bochas

se convierte en sí en una instancia de participación, ya sea tanto recreativa como deportiva, provocando que los jugadores la señalen como su única actividad o la más importante de su semana, siendo propia de ellos y su mundo (Ver *Mapa Conceptual 4.12.*).

a. Recreación y descanso

Los entrevistados señalan que el Club de Bochas es el lugar donde se **recrean, comparten y distraen**, recalcando que es el día de la semana dedicado para hacerlo. Destacan instancias como jugar, conversar y compartir con amigos como parte de sus actividades preferidas, señalando al Club como un **lugar grato** donde se sienten cómodos. Por otro lado, comentan que Bochas, también es un espacio para **relajarse, despejarse y olvidarse de sus actividades rutinarias y problemas.**

“**J1:** (...) es un lugar de recreación, porque hay mucha gente que dentro del grupo de bochas no tiene más actividad que esa, entonces esperan los días sábados para poder ir a bochas.”

“**P:** (...) Y hay gente que es el día que se ríe, es el día que conversa, es el día que habla, porque el resto de la semana están encerrados en sus casas (...)”

b. Red de apoyo

Otro punto que destacan es que consideran que el Club es una **red de apoyo**, es decir, pueden acudir por ayuda en caso de necesitarlo, sabiendo que la encontrarán, señalando que el grupo está **constantemente preocupado** de la situación de sus integrantes, pendientes de si alguno de ellos presenta algún problema o dificultad. Es por esto que destacan que este taller se transformó en un lugar donde encuentran **afecto, buenas relaciones y apoyo.**

“**J1:** es como una red de apoyo. Yo sé que si a mí me pasa algo o me falta algo puedo acudir a cualquiera de ellos y ahí van a estar. Es como una red de apoyo más dentro de mi vida (...)”

“F: Ellos buscan eh... calor y cariño de familia... porque hay muchas personas de ahí que no tienen el apoyo de la familia.”

c. Igualdad y respeto

El Club de bochas es un lugar que tiene como regla implícita que **todos son iguales**, donde las limitaciones del compañero no son importantes para jugar y compartir con él, destacando que en este espacio se ayudan entre ellos y nadie se detiene a juzgar o mirar con extrañeza al otro, porque **conocen y respetan las restricciones de los demás**. Esta forma de relacionarse los ayuda a comprender que deben **hacerse respetar**, señalando que generan carácter al entender que son iguales al resto de la sociedad y cuáles son sus derechos. Comentan que el primer lugar en el que se genera el cambio es en sus casas con sus familias, donde, tras cambiar su forma de pensar, **exigen los derechos** que les corresponden, cambiando su posición y participación dentro de estas. Recalcan que esta situación genera una nueva mentalidad en las PeSD, influyendo positivamente en la manera de relacionarse y enfrentarse al resto de la sociedad.

“P: (...) *Sabís que lo otro que también ha pasado con la gente de que muchos de ellos, el tema de asistir a las organizaciones, al club deportivo, de compartir con sus pares, les ha enseñado a ellos también hacerse respetar como personas, a muchos de ellos, a ejercer sus derechos como ciudadanos o como parte de una familia ¿ya? No te voy a dar nombres pero eh... han aprendido a decir no po, usted me respeta, o no me estás haciendo un favor, es mi derecho, y han aprendido algunos a hacerlo en su casa con sus familias (...)*”

d. Deporte y hábitos saludables

Algunos señalan que bochas no es solo un momento de recreación, sino que lo más importante para ellos es que es una instancia para **realizar deporte**. Es por esta razón que muchos recalcan que ellos son deportistas, valorando bochas no sólo como un juego, sino como una instancia para entrenar y potenciar sus habilidades. Por otro lado, también bochas se instaló

como un **promotor de hábitos saludables**, ya que les permitió reconocer la importancia de mantener un **buen estilo de vida**, incluyendo a la actividad física y la alimentación sana dentro de este.

“J2: (...) me han inculcado la pasión por el deporte, lo saludable, cuidarme, en este último tiempo, en cuanto a las comidas y eso. Eh... en cuanto al estado físico. Porque es importante pa uno que anda en silla de ruedas.”

e. Campeonatos

Los campeonatos para ellos tienen una especial importancia, señalando que es un momento de **ansiedad, nerviosismo, entusiasmo, satisfacción, alegría y felicidad**. Estas sensaciones las comparan con lo que ellos creen son las que sienten los **deportistas profesionales**, reafirmando el pensamiento de que ellos también lo son, señalando que con ello **se sienten importantes y orgullosos** de sí mismos, sobre todo al **representar a su comuna**. Además, la dinámica que se da dentro de los campeonatos y el apoyo de sus pares, les permite aprender a **tolerar la frustración** y aumentar su **seguridad y confianza**. Por otro lado, destacan que esta instancia les da la oportunidad de **demostrarle al resto** de la sociedad que son **capaces** y de ser reconocidos como tal.

J1: “(...) saber que uno es capaz de hacer cosas. En los mismos campeonatos que se ven distintas, distintas personas con discapacidad, de distintas comunas y ganar un lugar, es como ya como... satisfacción.

I: ¿Además de satisfacción que te produce?

J1: Como un... No se po, saber que uno es capaz. Seguridad (...)

“J2: (...) representar a tu propia comuna y si traes copa o si tú mismo equipo trae copa u otro equipo, de tu misma comuna trae, es un orgullo igual pa uno.

I: ¿qué sientes con eso?

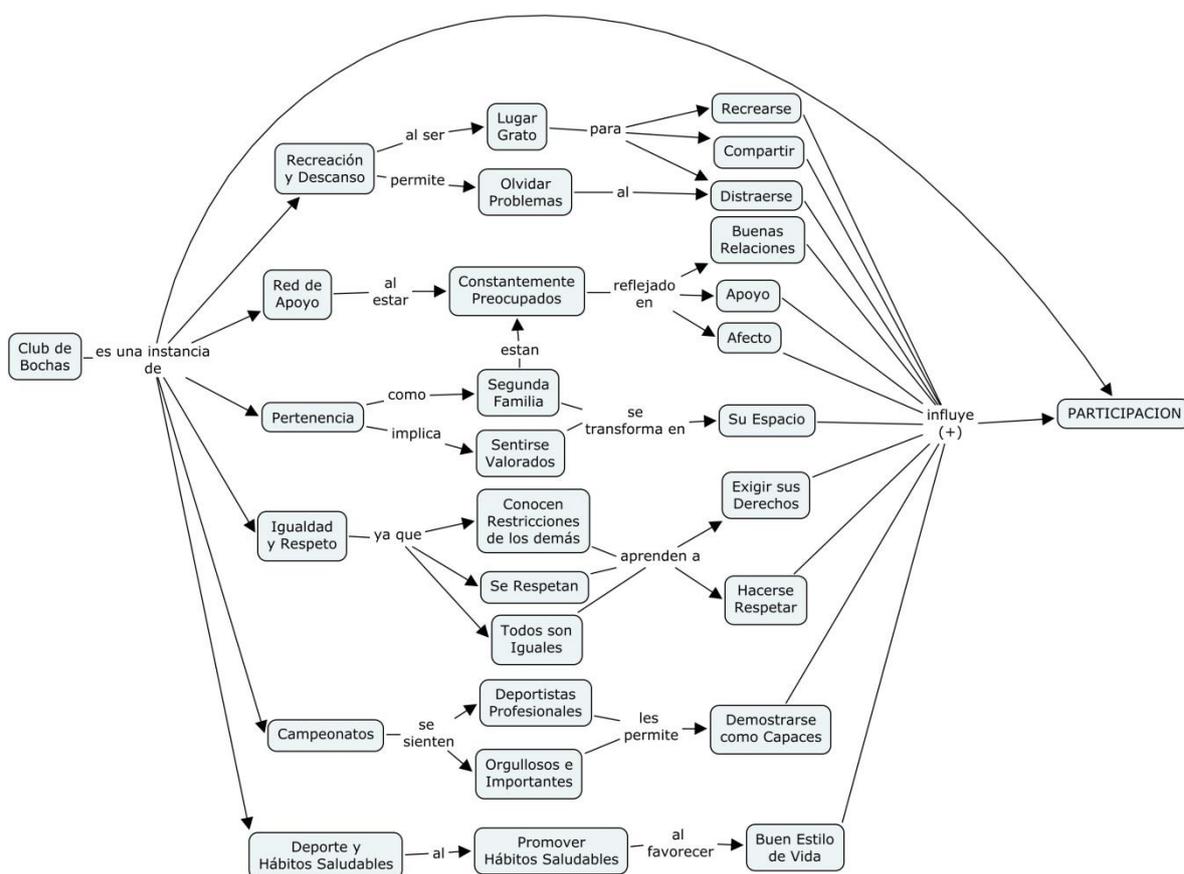
J2: orgullo y, y alegría de, de que se nos reconozca el esfuerzo que hemos hecho en los campeonatos. O que se nos reconozca como, como personas, como te decía yo *endenante*.”

“J3: (...) me gusta el nerviosismo de cuando empiezan los campeonatos (risas), cuando te llaman te da dolor de guata jajaja, después te concentras y se pasa, es lo mismo que le debe pasar a los deportistas.”

f. Pertenencia

Los participantes indican que bochas es un lugar que les permite sentirse **partícipes de un grupo**, señalando que el Club es su **segunda familia**, es su **espacio**, es el lugar al que pertenecen, destacando que **se sienten importantes y valorados** por este.

Mapa conceptual 4.12. Influencia de la práctica de bochas en la Participación.



En este mapa apreciamos como las instancias generadas por la interacción entre los miembros del Club, los campeonatos y la promoción de hábitos saludables influyó de forma positiva en la percepción de participación.

“J3: A ver... disfrutar de lo que hago, participar en un grupo, compartir con gente de mi discapacidad, o sea, de mi grupo (...)”

“P: (...) Ahí ellos se sienten en su espacio, o sea, ese es su espacio de ellos, yo los veo así ¿me *entendís* tú? es donde ellos se sienten cómodos, donde yo los veo eh... relacionarse, yo los veo felices (...)”

5.4. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE BOCHAS EN LAS PERSONAS SIN DISCAPACIDAD

Al igual que las PeSD, las PSD dentro del Club son tratadas como cualquier miembro del grupo y al consultarles sobre cómo influyó la práctica de bochas en ellos, señalaron que les permitió ver la vida de forma distinta, principalmente destacando que **aprendieron a relacionarse** y a **conocer el mundo de la discapacidad** por dentro. De esta forma comprendieron en el proceso que las **PeSD son iguales a ellos** y que **poseen muchas capacidades que no creían que podían tener**.

“F: (...) uno como que se saca la venda de los ojos y se da cuenta que ellos son como yo (...)”

O.P. P.F. “(...) por ser uno de los que tienen una condición más compleja, pensaba que no era tan normal como yo, a pesar de estar estudiando una carrera de salud y conocer a distintos tipos de persona. Cuando JUGADOR se acercó, estábamos cantando canciones y tratando de recordar sus letras. Mientras cantábamos justo nos preguntan por una canción cuya letra desconocíamos, sin embargo, JUGADOR se sabía la letra completa. Para sorpresa mía, JUGADOR nos mostró que se sabía muchas canciones (...) jamás me imaginé que JUGADOR podría ser capaz de memorizar algo tan bien, ya que al verlo físicamente más comprometido, pensé que también lo era intelectualmente. Con esto aprendí que no debo realizar prejuicios del compromiso de una PeSD sin antes conocerlo.”

Con respecto a los beneficios que obtienen con la práctica de bochas, estos son similares a las de las PeSD, cobrando especial importancia el **potenciar sus habilidades sociales, cambiar la forma de verse** ellos mismos y sentirse importantes, contribuyendo también en sus respectivos procesos de **aceptación**.

“F: (...) tu *veís* a los chiquillos que a ellos les da como lo mismo que les digan oye el cojo o mira... el parálítico... oh, hay tantas cosas que le dicen feas (...) y ellos como que están súper asumidos po... eso ya como que les da lo mismo... a mí me *decís* uy F que *estai* gorda, yo caía en depresión horrible (...) ahora ya como que ya... me da lo mismo.”

Otros beneficios sobre las PSD son el potenciar características como la **tolerancia**, la **bondad**, la **responsabilidad**, el **empeño**, el **valorar** lo que tienen y **redefinir sus prioridades**.

“F: (...) los chiquillos han sido mucho... te juro pa mi... ay me da como pena... pero pena de la buena (...) ellos llegaron a la mía en un momento como que yo tenía mucha pena, mucha rabia conmigo misma y... y ellos despertaron en mi como de nuevo esas ganas de... de ver, de vivir, de hacer cosas nuevas, de decirme... **F** eres capaz de hacer más cosas... **F** puedes hacer muchas más cosas, entonces... pa mi ellos me alegraron así la vida... me alegraron la vida me cambiaron así el chip de las cosas.”

“F: Uno aprende a ser tolerante, aprende a ser sociable, a ser bondadoso (...)”

5.5. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA BOCHAS EN LA INCLUSIÓN

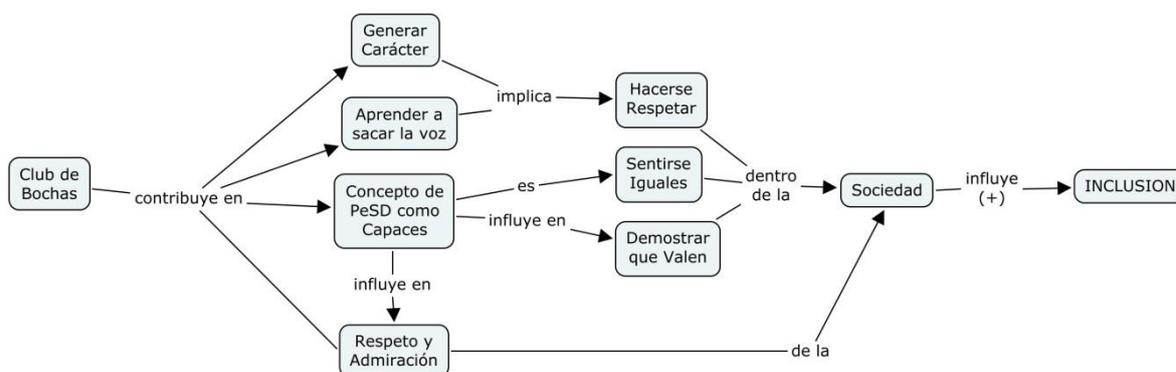
Dentro de los beneficios que los entrevistados consideran más influyentes sobre la inclusión de las PeSD en la sociedad, destacan que al ser bochas un lugar donde todos se tratan como iguales, **aprenden a sacar la voz** y **generar carácter**, cambiando así su forma de pensar y relacionarse con el resto. Señalan que al compartir con sus pares se enseñan entre ellos a **hacerse respetar** como personas con iguales derechos insertas en una sociedad, recalcando que exigir respeto no es un favor sino un derecho que poseen, lo que influye positivamente en su **desenvolvimiento en la vida diaria**, exigiendo y así posibilitando una mejor inclusión dentro de la sociedad (Ver *Mapa Conceptual 4.13*).

Por otro lado, destacan que el hecho de ser deportistas influye en que la sociedad los comience a **mirar con respeto y admiración**, acercándolos al mundo de la discapacidad, cambiando así su percepción de “pobrecitos” y discapacitados, a un nuevo concepto de ellos, como **personas capaces**, responsables, esforzadas, que logran metas y triunfan, por lo que **pueden ser igual a ellos**.

“P: Sí, ya no somos los pobrecitos discapacitados. Yo te voy a decir, a través de todo este tiempo de mucha gente que no, que te llegan a veces los comentarios directos y a veces indirectamente, ya no son los pobrecitos discapacitados ¿me entendís tú? La gente ya nos mira con respeto.”

Con respecto a este punto, indica que el cambio de la mentalidad de las PeSD y la forma de verse ellos mismos, inciden en generar la idea de **demostrar a la sociedad que las PeSD valen**, que si pueden obtener logros y que principalmente ellos tienen la misión de **darse a conocer y fomentar su inclusión**.

Mapa conceptual 4.13. Influencia de la práctica de bochas en la Inclusión.



Al apreciar este mapa, podemos observar como el pertenecer al Club de Bochas influyó en su percepción de Inclusión al poder hacerse respetar y al demostrar y sentir que valen y son iguales a los demás.

6. CALIDAD DE VIDA

Para conocer cómo los entrevistados perciben el cambio de su CV posterior a su participación en bochas, es necesario previamente comprender cómo conceptualizan y entienden el término CV y cómo era esta antes de su ingreso al taller.

6.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El concepto de CV para las personas entrevistadas y los factores que afectan en este, es variado en términos de entendimiento y conceptualización. Por esta razón y con fines teóricos y prácticos hemos destacado tres grandes áreas asociadas a éste: área personal, área social y área material, con el fin de posibilitar una mejor síntesis y comprensión del concepto de CV, definido por los entrevistados como **ser feliz, sentirse bien, estar satisfecho y progresar** día a día.

a. Área Personal

Es el área a la que los entrevistados le otorgan mayor importancia, puesto que es la más mencionada por ellos. A partir de la información recabada en las entrevistas, el aspecto más relevante, constatable en la importancia y reiteración del contenido, tiene relación con la **aceptación de ellos mismos**, implicando el reconocimiento de sus carencias y/o deficiencias y de sus fortalezas personales. Cabe señalar que lo anterior también supone la situación de discapacidad y las limitaciones que esta conlleva. Dentro de los factores que influyen para lograr este bienestar se encuentran el hecho de ser independiente, tener seguridad, relajarse, estar tranquilo y hacer lo que más se puede por ellos mismos y por el resto, resumiéndolo como el ser cada día mejor en diversos aspectos. De esta forma, postulan que el progresar día a día es el camino para una mejor CV.

“**J3:** (...) Bueno, la mía es aprovechar al máximo las cosas que hago... Vivir el día a día, el ser feliz, disfrutar... Eh... No sé po, uno hace cosas... puede ser eso (...) Bueno, la calidad es como algo mejor, el ser mejor cada día... (...) el progresar día a día a las cosas que como que se me dificulta.”

“**F:** Calidad de vida se trata de uno mismo primero, aceptarse, después los demás.”

b. Área Social

Esta área está asociada directamente con las relaciones interpersonales que los sujetos han establecido y establecen en los distintos entornos en los que se sitúan y que tienen la particularidad de fomentar una buena CV. En este sentido, los entrevistados consideran que **sociabilizar**, compartir con más personas, entretenerse, salir, movilizarse, conocer gente, conversar y ser escuchados, les produce felicidad, influyendo positivamente en su CV. Para lograr esto consideran que es importante **hacer respetar sus derechos**, alzar la voz, expresarse y no dejarse pasar a llevar.

Asimismo, es importante mencionar que en esta área, tanto la **familia** como los amigos se vuelven un factor primordial, puesto que la primera se constituye como el núcleo más cercano, cuyas características ideales para contribuir positivamente en la CV es dar **protección, cariño, apoyo y reconocimiento**. En tanto que los **amigos**, son categorizados como el segundo grupo más cercano, encargados de otorgar **apoyo, aconsejar, ayudar y escuchar**. El escuchar y el reconocimiento, son una de las características que más relevancia le dan los entrevistados, destacándolas reiteradamente.

También cobra una particular importancia las **instancias de participación** en espacios como de recreación, organizaciones, deporte y rehabilitación.

F: (...) Y donde distraerme, un lugar donde poder distraerme y ocupar mis tiempos que, que tengo pa', pa' poder hacer más cosas, como las bochas, por ejemplo, la organización.”

c. Área material

Esta área es entendida por los entrevistados en términos generales como aquellos elementos y espacios que le permiten cubrir sus **necesidades básicas** y que facilitan una vida más tranquila y cómoda, afectando directamente en su felicidad, el disfrute y su sensación de sentirse bien, es decir, en su CV. En este sentido, las necesidades básicas que más destacan

son el agua, la luz, la alimentación, el hogar (principalmente la calidad de camas y baños), el acceso al trabajo y a los sistemas de salud y educación. Algunos hablan de vivir en buenas condiciones que, junto a lo anterior, incluye el acceso a suministro como pañales, remedios y ayudas técnicas, como también señalan que se trata de un buen vivir, que incluye el buen vestir, buen pasar, buen comer, que no les falte nada, otorgando gran importancia al trabajo, ya que este les permitirá ganar el dinero suficiente para sobrevivir y alcanzar esta CV deseada.

Otro punto importante es la **infraestructura** del entorno que los rodea, principalmente veredas y calles que les permita desenvolverse de la manera más cómoda posible, destacando a su vez, la importancia de tener su propio espacio, como un lugar especial y confortable para ellos.

“**M:** Calidad de vida, bueno, calidad de vida es una cosa de, un buen vestir, un buen vivir, un buen pasar, eh... un buen comer, es tener un buen trabajo, no estar estresado, que no te falte nada, eso, que no estoy diciéndote un reloj mega de oro, no, no, eso no, sino que te estoy diciendo de que no estés urgido por un plato de comida, ese es un buen vivir (...)

“**P:** (...) Entonces para la discapacidad hay que contar con las ayudas técnicas necesarias, que estén en buenas condiciones, los suministros de la gente que usa pañales, con sus remedios, todas esas cosas, si todo eso está bien ¿ya? su vivienda, que tengan una buena cama (...)

Finalmente, es importante señalar la estrecha relación que posee estas tres áreas, puesto que son interdependientes.

6.2. CALIDAD DE VIDA ANTES DE BOCHAS

Con respecto a la CV de los integrantes del Club de Bochas antes de su ingreso, los entrevistados señalaron que estas eran **muy variadas**, ya que algunos de sus compañeros tenían buena y otros mala calidad, sin embargo, al hablar sobre sus respectivas CV la mayoría coincide en calificarla como buena.

Esta **buena CV**, de ellos y de sus compañeros, está dada principalmente porque creen que no les hace falta nada trascendental o fundamental, argumentando que cuentan con sus **necesidades básicas cubiertas**. Señalan que influye positivamente en esta, su red de apoyo más cercana, es decir, su **familia**, quienes les otorgan cariño y protección, recibiendo el **apoyo** para superar las dificultades que implica su condición. Además, esta protección influyó en que muchos no conocieron la discriminación en edades tempranas.

“**J3:** (...) vine a conocer la discriminación ya cuando estaba grande, entonces siempre ha sido, he sido... Me siento como rodeada de una burbuja... No sé si me entiendes, o sea protegida, querida por mi familia, por mi entorno.”

“**M:** Es que no me quejo en realidad, porque teniendo un plato de comida, teniendo pa’ poder pagarme una salud, para no estar esperando dos años, tres años pa’ que te atiendan particularmente el médico, mejor, te vai a un médico particular, con eso me da felicidad.”

Comentan que otro aspecto que influyó positivamente en su CV fue que algunos son bastante **independientes** y pueden desenvolverse en varios lugares sin necesidad de la ayuda de otros, indicando que su progreso a través del tiempo ha sido bueno, comentando que esto les permitió **adaptarse al entorno**.

“**J3:** (...) ustedes ya saben que yo no caminaba... Y empecé a mejorar de a poco (...) Y después a poder mantenerme sola, porque acá yo camino sola (...) y ahora poder eh... caminar, lo poco que camino, también sola, acompañada sí de otra persona, pero ya no tanto del brazo. Ser como más independiente, entonces mi progreso ha sido bueno.”

Por último, señalan que la oportunidad de **acceder a la educación, rehabilitación u organizaciones sociales**, permitió que mejorara su CV.

Al consultar sobre aquellos con **mala CV**, comentan que se mantenían así porque **no tenían las necesidades básicas cubiertas** de forma digna, es

decir, sus hogares estaban en malas condiciones, además de no estar adaptados para ellos. Por otro lado, otro punto al que le dan gran importancia es que comentan que muchas PeSD se encuentran **encerradas en sus casas**, siendo considerados por sus familias como una **carga extra**. Señalan que conocen historias de compañeros del Club que relatan que en sus casas nadie conversa con ellos, existiendo poca preocupación y dedicación por parte de sus familias.

“P: Claro, o sea, tú llegai a una casa llena y los chiquillos igual se sienten solos porque nadie los escucha, nadie habla con ellos, no conversan de nada ¿ya? Eso es... es triste, la relación que cuando tú sentís o te das cuenta de que ellos pasan a ser como un cacho... pa’ las familias, o cuando hay problemas, ellos a veces tienen problemas muy puntuales y tú, pucha, no sabís que más podís hacer pa’ ayudarlos.”

F declara que su madre, que es una PeSD del Club, tiene una mala CV, pero por motivos totalmente distintos a los expuestos anteriormente. Comenta que esta situación se da porque la CV es dependiente del grado de **aceptación** con respecto a sí mismos y muchos de ellos **aún no asimilan su discapacidad**. Un ejemplo de esto, es que algunos no se atreven a salir con sus ayudas técnicas por vergüenza o no asisten a sus controles médicos.

“F: Cuando le dieron el bastón, cuando empezó con la discapacidad, cuando la jubilaron, a mi mamá le dieron un bastón... Y mi mamá no salía con el bastón... “No, cómo se te ocurre”, me decía, “me van a ver en la calle”, y yo todo el rato le decía: “oye, pero usa el bastón, po”... ¿Viste? entonces esa parte ella “no, no, yo no” (...)”

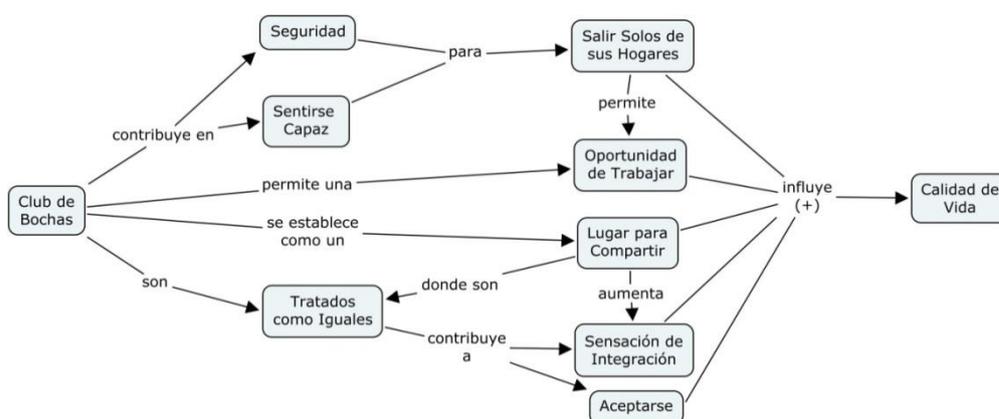
Finalmente, todos coinciden en que su CV también se ve afectada a **nivel arquitectónico**, señalando que esta es la forma más evidente en que **la sociedad los excluye**.

6.3. INFLUENCIA DE LA PRACTICA DE BOCHAS EN LA CALIDAD DE VIDA

Al ser consultados como creen que contribuyó la práctica de bochas en la CV de los integrantes del Club, señalaron que creen que no influye en un

100% de los participantes, sin embargo sí en la gran mayoría de ellos. Dentro de los beneficios y características de bochas que consideraron como importantes para modificar su CV, destacan la sociabilización, aceptación, conceptualizarse como capaces, entre otras, tal como se observa en el siguiente mapa conceptual.

Mapa conceptual 4.14. Influencia de la práctica de bochas en la Calidad de Vida.



En este mapa podemos apreciar lo que los entrevistados reconocen y perciben que influyó la práctica de bochas en su Calidad de Vida.

Lo primero que destacan es que muchos de los que asisten a bochas, no participaban socialmente, no pertenecían a ningún tipo de grupo u organización, ni tenían una red de amigos con quienes relacionarse, indicando que bochas se transformó en un **lugar para compartir** con los suyos y comunicarse, reconociendo que de esta forma **se sienten más integrados** a la sociedad, influyendo positivamente en su CV.

I: Si... ¿Crees tú que influye, la experiencia en bochas, en la calidad de vida de las personas que lo practican?

F: No en el cien por ciento, pero si en la gran mayoría, yo creo que en un sesenta por ciento de la gente si les cambia.

I: ¿Y cómo crees que es esa... ese cambio?

F: Hay mucha gente que no... eh... no participaba por ejemplo socialmente en asados, en completadas, en actividades así, nosotros hacemos eso internamente, o sea externamente de las bochas, afuera nos juntamos con gente y hacemos actividades así... y ellos están

felices, eh... no sí... ahí todos aprendemos algo, todos aprendemos algo.”

Otro aspecto en el que enfatizan como contribuyente a la mejora de la CV, es que el DA aumenta la **seguridad** de sus integrantes, otorgándoles la oportunidad de **ver que son capaces**, que **pueden salir y movilizarse solos** sin necesitar de tanta ayuda, sintiéndose orgullosos de sí mismos y pudiendo demostrarle a sus familias que sí son capaces.

“I: ¿Tú crees que el deporte adaptado influye en la calidad de vida de los jugadores?”

M: Sí po, como te explicaba *endenante*, porque quiere a la familia, ellos les demuestran que sí pueden hacer algo, que no son un cacho, más que nada, porque eso es una realidad del discapacitado (...) ellos se sienten muy orgullosos de lo que están haciendo.”

Un punto al que le otorgan una gran importancia y reconocen como influyente en la modificación de su CV, es que bochas los ayuda en el proceso de **aceptar su situación de discapacidad** debido a que les permite involucrarse y relacionarse con gente similar a ellos. Con respecto a las PSD, señalan que también les sirvió para aceptarse, principalmente al ver cómo las PeSD del Club ya lo habían hecho.

“I: ¿Y en qué aspectos de la calidad de vida tú crees que influye para los chiquillos?”

P: Les ha cambiado, yo te voy a decir que cada uno de ellos ha aprendido, sí, algunos han aceptado su condición ¿ya? y eso es entretenido porque han aceptado su discapacidad porque tú sabes que son, discapacidades algunas adquiridas por enfermedades, que se han desarrollado grandes o por accidentes o qué se yo, y el hecho de, de... de involucrarse y relacionarse con los demás e ir conversando lo han hecho aceptar su discapacidad ¿ya? o sea, que no lo que te pasó a ti fue lo más grave del mundo, ahí se dan cuenta de que hay un compañero, un amigo que está peor.”

I: ¿Ha cambiado tu calidad de vida?

F: Si po.

I: ¿Cómo ha cambiado?

F: Cambio en que ahora... me da... me da lo mismo si me dicen que... que no soy capaz, que no sirvo... me da lo mismo... me... no y ahora no pesco comentarios absurdos, si me quieren pelar que me pelen, si me quieren hablar, hablen de mi... que... me da lo mismo (...) yo ya me acepté, gorda, fea, guatona, como me quieran, ya me acepté.”

Por otro lado, destacan que bochas influyó positivamente en su CV, puesto que es un ambiente que les permite salir de un lugar donde los pueden retar o ser vistos como una carga extra, donde saben que tendrán un rato agradable y **serán tratados como iguales**.

P: (...) salen del espacio donde los puedan retar o que sean un cacho, que no, donde... ellos son... son autosuf... qué se yo, ahí somos todos iguales”

P: (...) yo creo que eso también les ayuda a ellos en su calidad de vida como decís tú, porque van ganando respeto en los espacios y dentro de su familia ¿ya? porque hay familias, como te decía yo, que los ven como un cacho, y ellos han ido ganando ¿me entendís tú? su espacio dentro de su casa, o sea, yo soy un discapacitado pero a mí me respetan (...)”

Por su parte, M, menciona que bochas también fue una instancia para mejorar su CV a nivel económico, ya que le dio la **oportunidad de trabajar** y ganar el dinero necesario para mantener a su familia, haciendo lo que le gusta y colaborando en el proceso de rehabilitación y aceptación de otras PeSD.

I: ¿Ha influido en tu calidad de vida el hecho de hacer deportes adaptados?

M: Sí, me siento muy orgulloso, y mi familia se siente muy orgullosa, gano plata, no gano tanto, pero sí gano pa' sobrevivir, y me siento bien y... y muy feliz.”

Finalmente, recalcan que los integrantes del Club aún necesitan apoyo y respaldo de parte de autoridades y el gobierno, ya que todavía se encuentran en situaciones poco favorables y sin los recursos necesarios para resolver esta problemática.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

En la presentación de resultados identificamos que son diversas instancias de la experiencia con bochas las que influyeron en diferentes aspectos de los participantes del Club, ya sea en un ámbito psicológico, físico o social. Dentro de estos momentos se encuentra el primer día, el entrenamiento, incluyendo la dinámica de grupo y de juego, y los campeonatos, los cuales generaron cambios a nivel de la percepción de sus HM, AC, participación, inclusión y CV. Es importante destacar que la base de nuestros objetivos era conocer desde la percepción y experiencia de los mismos jugadores cómo ellos notaban estos cambios a partir de su participación en bochas, por lo que dejaremos fuera de estas conclusiones lo que otras publicaciones y autores señalan.

Es así como las conclusiones obtenidas en este estudio, surgen de los resultados expuestos con anterioridad, nuestra experiencia dentro del Club y la interpretación de las entrevistas realizadas, guiándonos, en su elaboración, por los objetivos planteados en un comienzo, con el fin de otorgar un mayor orden a la presentación, facilitando su comprensión y el posterior proceso de discusión.

1. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LAS HABILIDADES MOTORAS

Dentro de la experiencia de la práctica de bochas, las **dinámicas de juego** dadas durante el entrenamiento, son las instancias que más influencia tienen sobre la adquisición y mejoras en las HM. Los jugadores percibieron que a medida que entrenaban de forma constante, sus HM relacionadas al desempeño deportivo se fueron potenciando, destacando dentro de estas: la fuerza, la rapidez, la agilidad y la precisión.

Con respecto a la **fuerza**, los jugadores percibieron un aumento de esta específicamente en sus extremidades superiores, reflejándose en el incremento de la distancia de su lanzamiento, la mayor facilidad para realizar las transferencias y soportar su propio peso, y el mejor desplazamiento en la silla de ruedas, lo que les permite movilizarse con mayor **rapidez**, manifestándose

también al momento de realizar sus AVD. Esto tiene estrecha relación con los ejercicios observados durante el entrenamiento ejecutado por el entrenador y el monitor, donde la mayor parte de estos se enfocaban en realizar lanzamientos hacia un objetivo ubicado a una gran distancia y determinado previamente.

La **agilidad** fue mayormente percibida en el mejor manejo de la silla de ruedas, observada principalmente en el desplazamiento en espacios reducidos o al momento de evadir obstáculos. Cabe destacar que el aumento de esta habilidad, es desarrollado en mayor grado por la práctica de otros DA como el **handball** y **basketball** en silla de ruedas, los cuales se caracterizan por ser **deportes más activos** donde se deben recorrer grandes distancias y realizar maniobras rápidas y precisas con las sillas. Sin embargo, el espacio reducido en el que se desenvuelve el jugador de bochas dentro de la cancha para realizar sus maniobras de lanzamiento, también requiere de agilidad. A su vez, este incremento de la agilidad y de la fuerza de brazos, permitió una mayor rapidez de los jugadores al momento de manejar su silla.

En relación a la **precisión**, los jugadores mencionaron una mejora de esta percibida principalmente en la capacidad de posicionar con mayor regularidad la bocha en un punto específico definido por ellos o su capitán a través de su lanzamiento, con el objetivo de acercarse al bochín o sacar una bocha del equipo contrario. Pudimos observar que esta habilidad fue reforzada a través de entrenamientos dirigidos por el entrenador y monitor que buscaban que los lanzamientos realizados por los jugadores llegaran a zonas específicas de distintos tamaños y distancias, delimitadas previamente dentro de la cancha. Señalan que este avance también se debe a que lograron una mejor manipulación de la bocha, lo que favorece su rendimiento en el juego. Además de esta precisión relacionada con el desempeño deportivo, también destacan el haber observado mejoras en la manipulación de objetos con las manos, indicando que su **motricidad fina** en sus extremidades superiores es mayor en comparación a la de antes, reflejándose en una mejor ejecución de sus tareas cotidianas o actividades manuales como pintar, cocinar, entre otras.

Por otro lado, los mismos jugadores relatan el haber observado cambios tanto en su estructura como **condición física**, evidenciado en su mejor aspecto

físico y en el incremento progresivo de su **rendimiento**, refiriendo menor cansancio en los entrenamientos. Durante la práctica de bochas pudimos identificar diversas instancias en las que los jugadores realizaban actividad física extra, principalmente cuando se encontraban fuera de la cancha esperando su turno para jugar, dedicando este tiempo a realizar lanzamientos, jugar, practicar tenis de mesa, o simplemente desplazarse en sus sillas de ruedas a gran velocidad a través del lugar. Además, en el transcurso de los meses de observación, fuimos testigo de cómo algunos jugadores iban perdiendo peso a medida que entrenaban.

Por último, ellos consideran que la práctica de bochas ha sido un medio útil para su **rehabilitación**, ya que les ha permitido tener mejoras a nivel motor, que se asemejan a lo que podrían haber logrado con una terapia, por lo que creen es posible que el DA sea utilizado como una alternativa a la rehabilitación convencional o como un complemento de esta, debido a la capacidad de generar o potenciar habilidades en las PeSD.

Son estos motivos por los que consideramos que la práctica de bochas y otros DA como handball y basketball en silla de ruedas tienen la facultad de favorecer la adquisición y mejora de las HM como la fuerza, agilidad, precisión y rapidez, donde los mismos participantes fueron capaces de percibir estos cambios. Sin embargo, la experiencia en bochas genera una fuerte influencia no solo a nivel físico, sino que también a nivel psicológico, modificando su autoconcepto.

2. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN EL AUTOCONCEPTO

Las habilidades adquiridas, ya sean motoras, cognitivas o sociales, junto con las diferentes instancias de participación dentro del Club, influyen de diversas formas en las distintas dimensiones del AC del jugador, tanto en el AF, como el AP o AS, es decir, la percepción de sí mismos y como consideran que la sociedad los ve.

Con respecto a las HM, es importante señalar la estrecha relación que la adquisición de estas tiene en el AF de los integrantes, sobre todo en el subgrupo de la propia percepción de las **habilidades físicas y deportivas**.

Los entrenamientos de bochas consisten, generalmente, en la **práctica constante y repetitiva** de parciales, instalando al jugador en diferentes situaciones de juego, dándoles la oportunidad de realizar gran cantidad de lanzamientos con el objetivo de mejorar la técnica de forma paulatina y así poder ganar en más de una ocasión, lo que otorga una **retroalimentación positiva constante**, que, junto con aumentar la noción de que son capaces de ganar y tener logros, influyen positivamente su percepción de habilidades físicas y deportivas. Por otro lado, observamos que la **experiencia de perder**, también fue un momento de aprendizaje para los jugadores, donde el grupo, en busca de un mejor resultado, entrega al jugador una **retroalimentación** basada en la experiencia y el conocimiento previo de técnicas y estrategias. A partir de estos consejos, el jugador corregirá su técnica y mejorará su desempeño, contribuyendo también positivamente sobre su percepción de sí mismo como jugador, o de forma más específica, sobre su AF.

Bochas se instala, por lo tanto, como un espacio que **les permite ser consciente de sus propias capacidades**, cambiando su paradigma de discapacidad o incapacidad previa, provocando así una influencia positiva sobre el AF y, a su vez, en las otras dos dimensiones. Este cambio de visión está dado principalmente por las mejoras observadas en su rendimiento, descubriendo y sorprendiéndose al ver que tienen capacidades que antes desconocían o no pensaban llegar a tener y en el mejor desempeño en la realización de sus AVD, en los que se ven más rápidos, ágiles y eficientes.

Esta situación también se ve reflejada en la evolución del AC relacionado con su actividad física, cambiando desde una PeSD común al de un jugador, y posteriormente, de un jugador al de un **deportista**. Esta se origina principalmente por las sensaciones que bochas le otorga en los entrenamientos y campeonatos, donde el competir en estos genera en los participantes nerviosismo, ansiedad, entusiasmo e incertidumbre; comprometiéndose con su equipo y apasionándose más por su deporte. Esta

situación a la vez se ve potenciada al considerarse representantes de la comuna en la que viven, que junto a lo anterior, los hace conceptualizarse como cualquier otro deportista, ya sean personas con o sin situación de discapacidad. Durante los campeonatos, tuvimos la oportunidad de observar como el club proyectaba esta actitud de deportistas al reunirse a organizar y crear estrategias previas a un encuentro con otro equipo, discutiendo con el árbitro las jugadas conflictivas, apoyando a los otros miembros del club y ocupando un uniforme que representaba a su equipo. Además, debido al grado de confianza que logramos con ellos, fuimos sus confidentes durante estas instancias, siendo testigos de las sensaciones que el participar en estas les provocan.

Dentro de estos cambios en la percepción de sus habilidades físicas y deportivas, el club y sus dinámicas de grupo toman un papel importante como fortalecedor de estas, donde sus compañeros, entrenadores y el resto de los que los observa, los **reconocen** como personas deportistas y capaces, y los **refuerzan** a través de palabras de apoyo, aconsejándolos y aplaudiendo sus logros, haciéndolos **sentirse importantes y orgullosos de sí mismos**.

Con respecto a su **apariencia física**, el otro subgrupo del AF, también es influenciado por la práctica de bochas, destacando la contribución sobre la preocupación y aceptación de su apariencia, estado o condición física.

Las habilidades físicas adquiridas, el entrenamiento constante y los nuevos hábitos saludables, como el comer sano y hacer ejercicio, provocaron en gran cantidad de ellos una baja de peso importante, acercándolos hacia una vida más saludable, donde la **preocupación por su aspecto** se volvió algo más importante, **modificando su apariencia física** y la aceptación y percepción que tienen de esta.

Los miembros del club, ya sean personas con o sin situación de discapacidad, al compartir entre ellos y con otras PeSD durante los entrenamientos y campeonatos, pudieron ver otras realidades, lo que les permitió **compararse con los demás** y ver como el resto ha logrado aceptarse, lo que los hace **reflexionar y reformular** su AF, influenciándolo positivamente, incidiendo en que tengan un cambio de visión con respecto a ellos mismos

ligado principalmente a su apariencia física. Al conversar con los miembros del club en diferentes oportunidades, señalaron que muchas veces se vieron enfrentados a PeSD con mayores restricciones que ellos, y, el verlos disfrutar y participar en distintas actividades, les ayudó a cuestionar sus propias limitaciones, cementando el camino a la **aceptación** de sus propias restricciones y discapacidad. Este cambio de visión generado por el compartir con los otros, también impactó en otras dimensiones del AC, como el AS y el AP.

Esta evolución generada por la práctica de bochas y la adquisición de habilidades, tuvo también influencias a nivel personal, cambiando la percepción de sí mismo con respecto a sus propias cualidades y defectos, es decir, el AP.

El eje central para este cambio de percepción fue el **reconocimiento de sí mismos como capaces**. Esto sucede dentro de las distintas instancias que se dan dentro del entrenamiento de bochas, donde los jugadores asumen diversos roles, en los que la seguridad en sus capacidades es la base para su desempeño en el juego, es decir, el simple hecho de que asuman un rol como jugador o capitán de un equipo, refleja que se sienten, de alguna forma, capaces de hacerlo. Este cambio de visión contribuyó al aumento de la **confianza en sus capacidades**, influenciando positivamente su seguridad y evidenciando que existe una gran relación entre el aumento del AF de los jugadores y su AP.

La **seguridad** y la **confianza** son los motores que permiten que tengan una base para **desenvolverse** y **relacionarse** de mejor forma. Estas cualidades y la posibilidad de interactuar con una gran variedad de personas, de distintas edades y capacidades, potenció diversas habilidades sociales que antes no tenían, tales como el respeto, tolerancia, saber escuchar y otras relacionadas al aprender a expresarse, que permitieron mejorar su **capacidad de sociabilizar**, viéndose a ellos mismos como personas más sociables y con mayores y mejores herramientas para hacerlo. Bochas es un espacio donde las relaciones interpersonales son importantes fuera y dentro de la cancha, por lo que es inevitable la interacción entre sus integrantes, siendo la **dinámica de grupo** la instancia dentro del entrenamiento que ejerció mayor influencia. Uno

de los momentos más importantes dentro de esta es el tiempo de descanso o “break”, en el que los miembros del club se dedicaban a interactuar entre ellos, divirtiéndose y compartiendo con los demás, donde algunos por primera vez tuvieron la ocasión de relacionarse con otras personas mientras que para otros era una de las únicas oportunidades de sociabilizar que tenían durante la semana. Otra instancia que generó un aumento de esta capacidad fue el juego dentro de la cancha, ya que es aquí donde el jugador debe aprender a respetar a sus compañeros y a figuras de autoridad como el capitán y el árbitro, además de aprender a seguir las reglas y a trabajar en equipo. Es así como la **oportunidad de compartir** que genera la práctica de bochas influyó positivamente en su AP.

Por otro lado, dentro de este espacio generado a través de la dinámica misma del entrenamiento, los miembros del club pueden experimentar distintos **roles de liderazgo**, como la capitanía, la que incentiva en ellos el **hacerse respetar**, frente a sus pares y familia, **exigiendo sus derechos**, llevando consigo a un incremento de su percepción de seguridad y confianza, **permitiéndoles expresarse** de mejor forma.

Al comentar sobre como ellos perciben que el resto los ve, consideran que tras transformarse en jugadores de bochas y deportistas, la sociedad cambió la forma de verlos. Su AS ha evolucionado, señalando que creen que ya no son considerados por los demás como **“pobrecitos discapacitados”** o como generadores de compasión, sino son vistos ahora con **respeto y admiración** como **personas deportistas, capaces, independientes y activas**. Destacan que ahora ya **no son invisibles ni incapaces** para la sociedad, ya que cuando los ven competir, reconocen en ellos a sujetos que pueden cumplir metas, superar obstáculos, obtener logros, ganar y desenvolverse como cualquier otra persona.

Dentro del entrenamiento de bochas, la **confianza** que se les entrega durante los parciales es primordial para que ellos se desarrollen y conceptualicen como capaces durante la ejecución de los distintos roles, por lo que la función del equipo, del capitán y del resto del club, es otorgar la **seguridad, contención y protección** necesaria a través de actitudes y

opiniones. Al ser el club un lugar de **reconocimiento y reforzamiento de capacidades**, ejerció gran influencia en su AS, ya que son los otros los que lo fortalecen, potenciando o aclarando la idea que ellos tienen de cómo los ven. Los compañeros del club, al verbalizar constantemente o demostrar a través de actitudes lo que piensan de ellos, influyeron positivamente en su AS, ya que la mayoría de las veces estos refuerzos son positivos, o si es necesario, críticas constructivas. Esta situación permitió que sintieran que son conceptualizados como **capaces, importantes y valorados**, modificando su AS.

Por otro lado, destacan que bochas potenció muchas habilidades y capacidades que no tenían a nivel social y psicológico, indicando que la capacidad de sociabilizar fue la más reconocida entre sus cercanos. Estas nuevas habilidades y capacidades, según los propios participantes, generaron **orgullo en sus familias**, cambiando la visión que tenían de ellos como “cachos”, hacia **personas capaces de integrarse a un grupo y desarrollarse libre e independientemente**.

Por último, identificamos que la práctica de bochas ha generado en ellos una importante influencia en el AC, donde el sentirse capaz, la capacidad de sociabilización, el hacerse respetar y la seguridad son las que cobran mayor importancia, ya que estas son las que les permitieron mejorar la forma de desenvolverse, aumentar su autonomía y favorecer la relación con los demás.

3. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LA SENSACIÓN DE PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL

Luego de adquirir las diferentes habilidades nombradas anteriormente, ya sean motoras, sociales o cognitivas, y de cambiar la concepción que tienen con respecto a sí mismos; la forma de percibir su participación y su idea de inclusión, definidas por la CIF como el acto de involucrarse en una situación vital y ofrecer a todos las mejores condiciones y oportunidades, respectivamente, también cambiaron. Estos cambios están dados principalmente por la adquisición de habilidades que favorecen la participación y porque bochas es un espacio de participación en sí, las que en conjunto incrementan su inclusión.

Las HM adquiridas con la práctica de bochas se encuentran dentro de los primeros avances percibidos por los jugadores, las cuales también se reflejaron en una variación de su respectiva percepción de participación e inclusión. Dentro de estas **HM**, las que más influyeron en la participación fueron la mayor agilidad para desplazarse en la silla de ruedas, el soportar sus propios pesos y el realizar las transferencias con mayor facilidad, lo que les permitió desenvolverse mejor dentro y fuera de sus casas sin necesidad de que alguien los ayude o acompañe todo el tiempo, siendo **más independientes y autónomos**. Este aumento en su nivel de actividad e independencia les otorgó una mayor libertad de participación.

Además, como fue visto en el punto anterior, estas nuevas habilidades generaron en los participantes **cambios en la forma de verse a sí mismos**, donde la sensación de ser capaces, el aceptarse, las habilidades de sociabilización y la seguridad, cambiaron la perspectiva con que se enfrentaban al mundo, ya que ahora **reconocen que son capaces** y que se pueden desenvolver en facetas en las que antes no creían poder hacerlo, por lo que **participar e incluirse en la sociedad es posible**, tal como lo fue el convertirse en jugadores de bochas, ya que ahora tienen la confianza en sí mismos para hacerlo, debido a que su discapacidad ya no es un tema que los coarte o restrinja.

Bochas pasa a ser el lugar concreto donde se les permitió **sociabilizar**, compartir y generar una red de amigos; ya que una parte importante de ellos tenía como círculo cercano sólo a sus familias y vecinos, por lo que le otorgan gran relevancia a esta instancia dentro de sus vidas. Es así como muchos de ellos cambiaron la **forma de plantearse frente al resto** de la sociedad, debido a que sus nuevas habilidades les otorgaron la **seguridad y naturalidad** necesaria para desenvolverse mejor, influyendo positivamente sobre su percepción de participación y de inclusión.

Además de las habilidades nombradas anteriormente, también la práctica constante de este deporte potenció habilidades como la concentración, agilidad, compromiso, madurez, responsabilidad y puntualidad; lo que ellos consideran son **competencias** que pueden ser utilizadas en un futuro en su

inclusión laboral, al ser habilidades que influyen positivamente en el **desempeño** de los trabajadores.

Sin embargo, bochas, además de ser una instancia donde se potenciaban habilidades para favorecer la participación e inclusión, también se instaló como un **momento de participación en sí**, donde las PeSD se podían recrear, relajar, compartir y realizar deporte.

Bochas se destaca por ser un **espacio de recreación y descanso**, donde el compartir y distraerse cobró una especial importancia en los jugadores, indicando que es el día que dedican para eso. Los asistentes señalan que conversar, jugar y compartir con sus amigos, también miembros del club, eran parte de sus actividades preferidas, por lo que ir a entrenar también significaba que se encontrarían en un **ambiente grato y cómodo**, en el que podían relajarse, despejarse y olvidarse de la rutina, siendo para muchos la **única actividad que tenían** fuera de sus casas.

Por otro lado, la práctica constante de bochas originó en ellos una fuerte crítica a la sociedad, indicando que esta ha sido un actor no totalmente abierto a aceptar y visualizar la discapacidad y sus implicancias, sino que esta lo ve como un problema externo del cual no se involucra por falta de empatía o lo hace solo a través del asistencialismo, el cual los sitúa como pobrecitos o víctimas a las que se debe ayudar, ya que ellos no son capaces de desarrollarse por sí solos. Este pensamiento generó en ellos la idea de **demostrar a la sociedad** que las PeSD valen y pueden obtener logros, caracterizándose por un anhelo constante de **reconocimiento de sus capacidades**, donde este espacio les permitió lograr este objetivo, ya que les otorgó la posibilidad de dar a conocer que su discapacidad no es inhabilitante. Es así como pasaron de proyectar una imagen de compasión personal y social, a una imagen más activa y capaz en muchos sentidos. Al ver que este cambio de visión con respecto a ellos fue posible, señalaron que las PeSD tienen la misión de darse a conocer, demostrar que son capaces y fomentar su inclusión, por lo que creen que bochas pasa a ser una de las herramientas útiles para hacerlo, permitiéndoles así que se sitúen de igual ante los otros, exigiendo respeto y derechos.

Es importante señalar, con respecto a esta sensación de igualdad y la influencia del DA en la sensación de participación e inclusión, que el Club de bochas es un lugar donde todos son considerados como **iguales**, ya sean personas con o sin situación de discapacidad, en el que nadie se detiene a mirar al otro, aceptándose y respetándose. Existe como regla implícita que todos son iguales y que deben ayudarse cuando sea necesario, por lo cual, todos deben conocer las limitaciones del otro y estar atentos cuando ellos necesiten apoyo. Está nueva forma de tratar y ser tratados, reafirmó su idea de que ellos sí son iguales, por lo que también **sus derechos debían ser igual a los de los demás**. Es así como en bochas aprendieron a que deben hacerse respetar, generar carácter, aprender a sacar la voz y comprender cuáles son sus derechos como ciudadanos normales e iguales al resto. Este cambio que ocurrió en su manera de pensar, incidió también en la forma de relacionarse con el resto, ya que entendieron que exigir lo que se merecen no es un favor, sino que es un derecho. Esta evolución influyó positivamente en la participación de las PeSD, exigiendo y posibilitando una mejor inclusión dentro de la sociedad.

Con respecto a este mismo tema, señalan que el primer lugar donde detectaron este cambio de conceptualización de sus derechos fue en sus propias **familias**, pasando de una persona que significaba una **carga y responsabilidad extra** dentro de esta, hacia una imagen de alguien que se respeta y exige respeto, es capaz e independiente. Esto permitió mejorar la participación dentro de sus familias, tomando sus propias decisiones, teniendo más libertad de acción y desarrollo en sus vidas, siendo más **independientes y autónomos**.

Además, destacan que bochas se convirtió en una **red de apoyo** para todos sus integrantes, donde pueden acudir a pedir ayuda en caso de que sea necesario y en el que la directiva y los jugadores se encuentran constantemente preocupados de la situación de sus integrantes, pendientes de si tienen problemas o dificultades. Así mismo, es también un lugar donde **encontraron afectos, buenas relaciones y se sintieron bien**. Todos estos motivos, convirtieron a bochas en un lugar que los hace **sentirse importantes y valorados**, donde ese espacio les pertenece únicamente a ellos, el que

consideran su lugar, su espacio y su grupo, el cual les genera un gran sentimiento de **pertenencia**, destacando que es su **segunda familia**. Esto también generó que se pudieran desenvolver con independencia en este espacio, donde nadie más podía interponerse ni tomar decisiones por ellos, como lo hacen muchas de sus familias en su diario vivir. Por estos motivos es que bochas genera una gran influencia en las PeSD que lo practican, por lo que es considerado para muchos como el día y la actividad más importante de su semana, la cual no cambiarían por nada. Es así como todos estos cambios percibidos, ya sean HM, AC, participación e inclusión, influyen en distinto grado en la percepción de la CV de los participantes.

4. PERCEPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DA EN LA CALIDAD DE VIDA

Previo a dar a conocer nuestras conclusiones sobre este aspecto, es primordial recordar como ellos percibían su CV antes de entrar a bochas para poder visualizar de mejor forma el cambio producido por la práctica de este DA.

Si bien los entrevistados consideraban tener habilidades de sociabilización, relatan que antes de entrar a bochas no tenían la oportunidad de salir de sus casas y relacionarse con otras personas, impidiéndoles formar redes de amistad, por lo que muchos se encontraban en una situación de aislamiento. Por otro lado, varios de los entrevistados pasaron por periodos en los que no aceptaban su situación de discapacidad y/o su condición de salud, encontrándose en un constante proceso de negación de su enfermedad, repercutiendo de forma negativa en su proceso de rehabilitación y en su CV. Respecto al ámbito material, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico bajo, donde parte de ellos cuentan con una vivienda en malas condiciones y dificultad para conseguir medicamentos costosos y acceder a rehabilitación, afectando negativamente su CV al restringirlos a mantenerse en sus hogares, que por ser pequeños, no les permitieron desarrollarse libremente. Pese a esto, recalcan que lograron realizar, con esfuerzo, adaptaciones que les ayudaron a desenvolverse de mejor forma dentro de sus hogares.

Cuando los entrevistados fueron consultados si creían que el DA influyó en su CV, si bien, relataron que consideran que no todos los jugadores se han

beneficiado de la práctica de bochas, creen que la mayoría fue la que experimentó una mejora gracias a esta, relacionándola a los cambios mencionados con anterioridad. Esta visión está dada principalmente por el hecho de que cada uno de los participantes tiene una concepción distinta de lo que es CV, dándole importancia a diferentes aspectos que la constituyen. Sin embargo, al analizar la CV de los participantes a partir de su propia definición, comparándola con las variaciones a nivel motor, del AC y de su percepción de participación e inclusión; observamos que si existen cambios en esta, los cuales no logran ser identificados por los participantes, relacionándolos escasamente a este concepto. En este apartado nos centraremos específicamente en la percepción de los participantes sobre la influencia de la práctica de DA en su CV, desarrollando nuestra visión de forma más profunda en la discusión.

La CV de los participantes se encuentra principalmente vinculada, según su propia perspectiva, a la **adquisición de nuevas habilidades** en distintas áreas, su **conceptualización como personas capaces** al ser reconocidos como tales por sus familiares y pares; la **capacidad de sociabilización**; la oportunidad de ser escuchados por los demás; la mayor **independencia**; **seguridad y confianza** en sí mismos; y el paulatino **cambio de visión de la sociedad** para con ellos. Destacan como consecuencias de estos cambios el **aumento de la participación e inclusión** de los miembros del Club, lo que se tradujo en que ahora tienen un **grupo de amigos, redes de apoyos confiables** y **se sienten seguros** de ser más **independientes, capaces de cumplir nuevos desafíos y enfrentarse a la sociedad**, esto último, influenciado por la nueva conciencia que dentro del grupo se generó sobre sus derechos y el **hacerse respetar**. Por otro lado, a pesar de que no observamos una mayor contribución en el área material de la CV, es necesario mencionar que para dos de los entrevistados, el DA se convirtió en un **medio de obtener recursos económicos** para mantener a sus familias, ya sea dirigiendo al Club o entrenándolo.

Hay que considerar además, que este cambio no sólo se presentó en las PeSD que asisten a bochas, sino que **también en las PSD**, ya que ellos también consideran que su CV ha cambiado de forma positiva, debido a una

mayor aceptación de sí mismos, generando beneficios y procesos de cambio similares a las PeSD.

A raíz de estos cambios, los participantes señalaron a bochas, como un **“todo”** en sus vidas, dándonos luces sobre la importancia que esta tiene para ellos. A partir de lo mismo, podemos inferir que son las instancias mencionadas en conjunto con el deporte mismo, además de la contención y reforzamiento positivo brindado por el grupo, que logran generar esta sensación en los jugadores. Es por este motivo que consideramos relevante destacar que muchos de ellos tienen un alto grado de **dependencia hacia la actividad o grupo** de personas que ahí se reúnen.

Por último, podemos decir que bochas se presentó como un **espacio seguro y protegido** que los recibió **sin juzgarlos ni discriminarlos**, y que les permitió **desarrollar habilidades, cambiar la forma de verse a sí mismos y optimizar la manera de relacionarse con la sociedad**, logrando superar de mejor forma las distintas limitaciones y restricciones que su discapacidad representa en esta, siendo por consiguiente una influencia positiva en la CV. Esto se refleja en que bochas se convirtió en una **instancia y actividad de suma importancia en sus vidas**, llegando a definirla como un “todo” dentro de estas. Por esto y por todo lo expuesto anteriormente, podemos señalar que la práctica de bochas, para este club en particular, ha traído consigo múltiples beneficios que han influido en distintas esferas de su vida y personalidad, variando de esta forma la **conceptualización de su discapacidad**, su **capacidad de incluirse en la sociedad** y **cambiar los prejuicios** dentro de esta, lo que finalmente contribuyó a una **mejora de la CV** de sus participantes, al transformarse en un factor ambiental estrechamente relacionado a su nivel de participación, favorecido por la adquisición de habilidades que disminuyeron su limitación de la actividad y la modificación de factores personales como el AC y la aceptación de sí mismo, que también influyeron positivamente en su participación e inclusión.

VI. DISCUSSION

VI. DISCUSIÓN

Aunque el propósito de este estudio fue conocer cómo la práctica de DA, en este caso bochas, influyó en las HM, AC, participación e inclusión y CV desde la percepción de los mismos jugadores; tras conocer los resultados y las conclusiones respecto a las preguntas que guiaron nuestra investigación, surgió la necesidad de profundizar en los hallazgos, complementándolos con lo que relata la teoría en torno a este tema y nuestra perspectiva y visión del contexto general del Club y sus integrantes, influenciada por nuestra experiencia en el grupo, con las PeSD estudiadas y los diferentes elementos que inciden en la forma con que viven su discapacidad, lo que consideramos relevante al momento de discutir cómo contribuye la experiencia con el DA en la vida de los participantes.

Los resultados obtenidos en esta investigación se asemejan a los de los diferentes estudios revisados, donde la práctica del DA y sus diversos beneficios influyen en múltiples aspectos de la PeSD y en su CV. Es así como decidimos exponerlos de tal forma que se relacionan con los objetivos propuestos con la intención de permitir la comparación de nuestra investigación con las de otros autores, facilitando el orden y la comprensión del proceso de discusión.

1. INFLUENCIA EN LAS HABILIDADES MOTORAS

Existen diversos estudios que corroboran el papel que cumple la práctica de DA sobre la adquisición y mejora de las HM así como del estado físico de las PeSD (Lundberg et al, 2011; Wilhite y Shank, 2009; Zabriskie et al., 2005), sin embargo, hay investigaciones que evidencian que el alto grado de dependencia de las PeSD y la falta de acceso a terapia y rehabilitación, fomentan la inactividad, limitando su movilidad más allá de la causa de su discapacidad (Right to play y col., 2008), realidad que hoy en día se ve reflejada en gran cantidad de la población en situación de discapacidad. Las investigaciones avalan que la actividad física y deportiva tiene la capacidad de desarrollar habilidades relacionadas a la misma, con el fin de perfeccionar la técnica y rendimiento de los jugadores (Batalla, 2000; Goodway y Branta, 2003). En nuestro caso, la práctica de bochas permitió que los jugadores

adquirieran habilidades que, si bien se relacionan estrechamente a las necesarias para cumplir con las exigencias de este deporte, como la precisión, fuerza de brazos y agilidad, también les dio la posibilidad de mejorar su desempeño en otros aspectos de su vida. Por otro lado, la definición que entrega el BISFed (2013) respecto a las habilidades necesarias para jugar bochas, coincide completamente con las percibidas por los jugadores del Club de El Bosque y observadas por nosotras, en las que la precisión, control muscular, conciencia táctica y concentración, fueron un común para los entrevistados. Cabe destacar que la mayoría de las HM adquiridas o mejoradas se concentran a nivel de extremidades superiores, que son la principal herramienta para jugar bochas.

Algunas de las investigaciones revisadas (Lundberg et al, 2011; Wilhite y Shank, 2009; Zabriskie et al., 2005) exponen que los jugadores van creando conciencia de las habilidades adquiridas, percibiendo cambios y mejoras en estas por medio de la práctica constante del DA. Dentro de nuestro estudio identificamos que los jugadores pudieron percibir que adquirieron las habilidades necesarias para jugar bochas y cómo las habían desarrollado por medio de la práctica constante de esta. Si bien mencionamos otras mejoras a nivel físico o motor, estas están mayormente ligadas al incremento del desplazamiento de los jugadores más que a la práctica en sí de este deporte, pero que en aquellos de mayor exigencia física, como el handball y el basketball, pueden ser entrenadas. Right to play y la ONU (2008) señalan que diversas investigaciones han documentado los muchos beneficios físicos que reportan el deporte y la actividad física en PeSD, dando como ejemplo el caso de un grupo de jóvenes con Síndrome De Down, que al montar a caballo aumentaron la coordinación, el tono muscular, el equilibrio, la fuerza y el movimiento rítmico del torso. Por otro lado, consideramos que es necesario destacar que no creemos que la práctica de bochas tenga como principal beneficio la adquisición de HM, sino que estos pueden ser percibidos y observados esencialmente a nivel psicológico y social, destacando el componente inclusivo que posee este grupo y que muchos de ellos mencionaron y asociaron al poder compartir de igual forma con personas en situaciones similares a las de ellos y PSD.

Es por lo anteriormente expuesto que creemos que la práctica de DA es un buen instrumento para la adquisición y mejora de HM, permitiendo que incluso el mismo jugador logre reconocer estos cambios en él. Además, consideramos que el DA es un medio útil para la rehabilitación, apoyándonos para esto en el discurso de nuestros entrevistados; en la visión de distintos investigadores como Cardoso (2011), Hannon (2005) y Wilhite y Shank (2009), quienes le otorgan un papel privilegiado a la actividad física como protector de la salud y como medio de restauración de las funciones y desarrollo de las habilidades, capacidades y recursos personales para promover la independencia de las PeSD; y en la historia misma de la actividad física adaptada, la cual surge de la necesidad de recuperar a los afectados por las guerras, integrando el deporte a los programas de rehabilitación (Carrasco y Carrasco, s.f.; Wilson y Clayton, 2010; Wind et al., 2003; Winnick, 2011). Por último, creemos que a partir de la información presentada, el DA puede instalarse como una posible forma de intervención masiva para los Kinesiólogos u otros profesionales de la salud y el deporte, permitiéndonos, además, abarcar distintas áreas de intervención que propiciarán una buena experiencia no solo deportiva, sino que también rehabilitadora, que favorecerá la reinserción e inclusión a la sociedad de las PeSD.

2. INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO

En las PeSD, uno de los grandes beneficios reportados por la literatura respecto a la práctica de DA, son las modificaciones que ocurren a nivel del AC y autoestima, catalogándolos como parte de los beneficios psicológicos adjuntos a la realización de actividad física, ya sea para personas en o sin situación de discapacidad (Niort, 2003; Right to play y col., 2008; Wilson y Clayton, 2010). Estudios anteriores demostraron que a raíz de esta y a la adquisición de diversas habilidades asociadas a la misma, independiente a la situación de discapacidad, evolucionó el concepto que las PeSD tienen de sí mismas, resultando en un aumento de la conciencia de sus capacidades, de su autoestima y una variación de su identidad, principalmente, atlética (Cardoso, 2011; Groff y Keibler, 2001; Groff et al., 2008; Lundberg et al., 2011; Mejía, 2012; Right to play y ONU, 2008; Sernaglia, 2009; Shapiro y Martin, 2010; Tatar, 2010; Weiss y cols., 2002; Wilhite y Shank, 2009, Wilson y Clayton,

2010; Zabriskie et al., 2005). A partir de nuestra investigación, fuimos capaces de identificar como la práctica de bochas generó cambios positivos en el AC de los jugadores, reflejados en una mayor conciencia de sus capacidades; formación de una identidad atlética; aumento de la confianza y seguridad; y aceptación de su discapacidad, restricciones y limitaciones, los cuales derivaron de la adquisición de habilidades y de la interacción misma con los demás miembros del Club.

Gran parte de las investigaciones relacionadas al AC y al DA, se concentraron principalmente en la utilización de escalas específicas para evaluar la identidad atlética como la Escala de Medición de la Identidad Atlética, utilizada por Groff, Lundberg y Zabriskie (2008) y Shapiro y Martin (2010), entre otros; la imagen corporal, usando la Escala de Imagen Corporal del Amputado (ABIS) (Tatar, 2010); y el AC como tal (Cardoso, 2011; Sernaglia, 2009), reportando todos estos diferencias significativas, las cuales evidenciaron el impacto positivo que tiene la práctica de DA en el AC y sus distintas dimensiones. En el estudio de Sernaglia (2009) con deportistas brasileños de handball y rugby en silla de ruedas, las modificaciones del AC fueron perceptibles sólo al medir de forma separada cada dimensión, obteniendo un cambio mínimo y poco significativo para el AC en general. Por el contrario, consideramos que los cambios que la práctica de bochas generó en el AC de los jugadores de nuestra investigación fueron perceptibles en cada una de sus dimensiones y en la generalidad, destacando su estrecha relación e influencia entre estas. Esto refuerza aún más nuestra creencia de que el DA es uno de los factores incidentes en la modificación del AC, ya que a partir del AF, el jugador generó una visión personal como deportista y capaz, lo que en conjunto a otras situaciones relacionadas al deporte y la convivencia en grupo, como la adquisición de diversas habilidades y la aceptación de sus propias limitaciones, respectivamente, modificó su AC. Parte de estos cambios se obtuvieron gracias a los refuerzos positivos que los entrevistados vivenciaron dentro del Club por parte de sus pares, lo que se condice con la definición de Shavelson (Goñi, 2009), quien le otorga gran importancia a este tipo de estímulos como modificadores del AC.

Junto a lo anterior, Tatar (2010) señala que existe una relación significativa entre la funcionalidad y la imagen corporal del sujeto que realiza DA. Shapiro y Martin (2010), identificaron en su estudio que los jugadores se percibían a sí mismos como deportistas, ya que señalaban sentir y pensar como tales, además, al igual que los jugadores de bochas, consideran que esta identificación como deportista puede ser una determinante respecto a su autocuidado y actividad física futura. Además, los logros obtenidos en el deporte pueden ayudar a los atletas en situación de discapacidad a que se den cuenta de que el imperante estereotipo de la discapacidad no son exactamente representaciones de sus capacidades.

3. INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN

Organizaciones internacionales como Right to play y la ONU (2008) y la OMS (2012), señalan que los conceptos erróneos y la ignorancia respecto a los verdaderos efectos de la discapacidad y el estigma asociado a estereotipos infundados, suposiciones erróneas, percepciones negativas y prejuicios arraigados en la sociedad, conducen a la exclusión social de las PeSD. Es aquí donde estos mismos organismos destacan que el deporte posee atributos excepcionales que le permiten hacer valiosos aportes a los procesos del desarrollo y de la paz, al constituirse como una de las únicas plataformas, con un gran nivel de convocatoria, capaces de superar las barreras idiomáticas y culturales, convirtiéndose en un elemento de conexión y cohesión social, al crear valores y habilidades congruentes con relaciones sociales positivas.

Wilhite y Shank (2009), en su investigación, entrevistaron a 12 hombres y mujeres con situación de discapacidad, indicando que el DA puede brindar la oportunidad de promover interacciones sociales positivas, derribando los prejuicios, debido a que los participantes utilizan su destreza deportiva como una forma de desafiar la construcción social reinante de la discapacidad. Además, señalaron que el participar en relaciones y roles comunitarios apropiados y valorados, ayuda a motivar a los participantes a mantenerse activos y socialmente comprometidos. Estos resultados se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio, donde identificamos que a partir de la práctica constante de bochas mejoró la independencia y autonomía de los jugadores,

permitiéndoles desenvolverse mejor y participar más dentro de la sociedad, favoreciendo de esta forma la relación con otras personas, aumentando así la sociabilización. Es así como las PeSD lograron plantearse frente al resto de forma distinta, con más seguridad y naturalidad, ya que desarrollaron competencias relacionales al interactuar con otros durante las instancias dadas en los entrenamientos y campeonatos, lo que posibilitó demostrarle al resto que son capaces, cambiando la percepción de sí mismos, como también modificando los distintos estigmas que sus familias y la sociedad tenían sobre ellos.

En un estudio realizado en Colombia a hombres y mujeres jugadores de bochas adscritos a la liga de PC de Bogotá del Programa Paraolímpico, se buscó captar sus percepciones con respecto a los significados que sus prácticas deportivas tenían sobre ellos y el factor de integración (Mejía, 2012), identificando beneficios similares a los nuestros como que sus jugadores aumentaron su autonomía; ampliaron sus redes sociales; compartieron sus sentimientos, emociones y gustos; y encontraron reconocimiento social, como deportistas y como personas que se superan por encima de sus dificultades. Por otro lado, Harada y Siperstein (2009) citados por Cardoso (2011), realizaron un estudio con 579 atletas estadounidenses con discapacidad intelectual y demostraron que las actividades deportivas, además de proporcionar beneficios físicos y motores, fueron fundamentales para fortalecer las interacciones sociales de los individuos y sus familias, mientras que Cardoso, en este mismo artículo, señala que la adquisición de habilidades promueve la independencia y la integración de las PeSD. El demostrarse como personas con destrezas y habilidades y con una nueva forma de plantearse frente al mundo, contribuye a que disminuyan los prejuicios hacia las PeSD y la discriminación, lo que influye de forma positiva sobre la inclusión social de estas (Cardoso, 2011; Hannon, 2005; Niort, 2003; OMS, 2012). Con respecto a los aspectos más psicológicos, como la autoaceptación y las modificaciones del AC, Mejía (2012) señala que estos conforman el punto de partida en el fortalecimiento de los procesos de inclusión de las PeSD, porque es a partir del valor intrínseco que se le da a su actuar, la validación y el logro en el

reconocimiento social, que pueden posicionarse al interior de sus entornos sociales.

Dentro de este mismo punto, en nuestro estudio, los jugadores señalaron que el DA contribuyó de gran forma en que pudieran sentirse igual al resto de la sociedad, lo que los llevó a exigir respeto y el cumplimiento de sus derechos; crear redes de apoyo que les permitió sentirse importantes y valorados, generando la sensación de pertenencia a un grupo; y les dio la oportunidad de recrearse, hacer deporte y relajarse, fomentando el tiempo libre y de ocio. Con respecto a esto, Jiménez (2006) señala que el ocio es clave para los procesos de inclusión, porque permite el encuentro con otras personas en iguales o peores condiciones, donde su consecución sería inviable sin la posibilidad de tener espacios para compartir con amigos. González y Sosa (2008), indican que el DA contribuye a la sociabilización, desarrollando los sentimientos de pertenencia al grupo, incrementando la participación de la PeSD en las actividades comunales, además de contribuir a una mejor comprensión de la PeSD sobre el problema que la discapacidad les representa y el potencial que poseen para integrarse socialmente.

Con respecto a bochas como DA, consideramos que sus características inclusivas lo hacen ser idóneo al momento de escoger un deporte como herramienta para favorecer la participación conjunta de PeSD y PSD, ya que, tal como Mejía (2012) destaca, bochas favorece la igualdad de oportunidades frente a deportistas con o sin la misma condición de discapacidad, debido a que en ningún momento son relegados o discriminados frente a su práctica. A su vez, señala que el DA tiene una directa relación con la inclusión social, donde los padres de los jugadores indicaron que es una excelente alternativa para fomentarla, ya que bochas es un deporte que integra y que no discrimina. Además, bochas es un deporte mixto, por lo que procura la inclusión de ambos géneros dentro de un contexto de equidad, catalogándose como el deporte de preferencia de la Asociación Internacional de Deportes y Recreación para personas con parálisis cerebral (CP-ISRA).

Es así como bochas y el DA otorgan la posibilidad de desarrollar habilidades, modificar el AC, compartir y sociabilizar, pero también de fomentar el ocio a través del deporte, donde se pueden recrear y relajar durante su tiempo libre. Es por esto que consideramos que bochas es una opción ideal para fomentar la participación con otras PeSD y generar las habilidades para hacerlo con el resto de la sociedad y así potenciar poco a poco la inclusión en esta.

4. INFLUENCIA EN LA CV

El concepto de CV al ser un término complejo, multidimensional y esencialmente subjetivo (Botero y cols, 2007; FONADIS, 2006; OMS, 1995), dificultó su definición por parte de los entrevistados y a su vez la forma de conocer la percepción de sus respectivas CV e identificar en qué aspectos está influenciada por la práctica del DA y de qué forma lo hace.

La CV, entendiéndola como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro de su contexto cultural y su sistema de valores con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1995), es un concepto amplio que implicó que para poder acercarnos de manera más completa y precisa a la forma de entenderla y percibirla por parte de los jugadores, fue necesario conocer las múltiples realidades de estos, incluyéndonos dentro de su rutina de bochas, ganando su confianza, entrevistándolos así de una forma más profunda. Es así como los jugadores señalaron que detectaron y reconocieron que su CV mejoró principalmente debido a que la práctica de bochas les permitió desarrollar habilidades, cambiar la forma de verse a sí mismos y optimizar la manera de relacionarse con la sociedad, logrando superar de mejor forma las distintas limitaciones, restricciones, prejuicios y estigmas que su entorno presentaba, siendo estos cambios también detectados por nosotras. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2001), citado por Zabriskie et al. (2005), señala que la contribución del deporte y la actividad física en la CV está bien documentada para las PSD, sin embargo, la limitada investigación de la relación de estas con las PeSD, impide describir claramente su efecto en la CV. Lundberg et al. (2011), en su estudio con veteranos de guerra, señalaron que

una alta percepción de competencia, se relaciona con niveles más altos de bienestar, donde se podría suponer que la mejora en las habilidades relacionadas al desempeño deportivo, facilitan algunas mejoras en áreas como la imagen corporal, la apariencia, sentimientos positivos y autoestima, los cuales son componentes del área psicológica y de salud del cuestionario WHOQOL, el cual busca conocer la CV de las personas, lo que reflejaría una relación entre la práctica de DA y una mejora de esta.

A pesar de que al preguntarles a los jugadores cómo influye la práctica de bochas en su CV, estos no lo relacionaron con todos los beneficios obtenidos durante esta, nosotras como investigadoras sí fuimos capaces de apreciar como estos beneficios influyeron en la CV de las PeSD y PSD, principalmente al identificar cambios en los ámbitos que ellos consideraban como parte importante de la CV, como también en las dimensiones que la teoría describe. Creemos que este cambio se originó principalmente porque bochas les dio la oportunidad de potenciar el desarrollo de habilidades y compartir con otros, siendo las principales razones por las que se generaron los cambios descritos en las conclusiones, las que en su conjunto, influyeron en su percepción de CV, sin que ellos lo reconocieran como motivos.

La CV de los jugadores definidas por ellos como sentirse bien, ser feliz y disfrutar, es influenciada, según los mismos, por diferentes factores expuestos en los resultados, siendo ordenados y clasificados por nosotras en las áreas personal, social y material.

En el área personal señalaron como aspecto más relevante el aceptarse a sí mismos, proceso que implica el reconocimiento de sus carencias y fortalezas, como factor fundamental en la percepción de la CV. Es aquí donde nosotras, a diferencia de ellos, reconocemos que si existió un gran avance, ya que al conocer otras realidades, ya sean similares o diferentes, se compararon entre ellos, generando un cambio en su percepción de la discapacidad y de sus habilidades, favoreciendo su proceso de aceptación. Es necesario destacar que a pesar de que el DA les sirvió para su proceso, este no fue suficiente, por lo que no lo han hecho completamente. Este cambio, además, fue acompañado por otros aspectos que ellos mismos identificaron que influyen positivamente en

la CV como la seguridad, independencia, el hacerse respetar y exigir sus derechos, siendo también observados por nosotras, detectando que se potenciaban y mejoraban con la práctica constante de bochas. Autores como Cardoso (2011); Mejía (2012); Shapiro y Martin (2010); Weiss y cols. (2002); Wilhite y Shank (2009) señalan que las actividades que son un desafío e implican esfuerzo y concentración, facilitan el desarrollo de una identidad deportiva positiva, donde los jugadores son capaces de separarse de los demás y desarrollar un sentido de autonomía. Esta nueva identidad atlética se relaciona directamente con un aumento en la CV, que según Groff, Lundberg y Zabriskie (2008), ocurre principalmente en la CV familiar y social. Para las PeSD puede ser complicado desarrollar su identidad debido a las restricciones sociales que limitan la oportunidad de participar y explorar en actividades que la conforman, además de que esta se realiza basándose en un aspecto del yo que se encuentra devaluado por la sociedad, donde contextos como el deporte representan un dominio que proporciona a la PeSD la oportunidad de que su discapacidad pase a un segundo plano y destaquen sus logros a nivel deportivo (Right to play y ONU, 2008; Shapiro y Martin, 2010).

Con respecto al área social, las relaciones interpersonales son fundamentales para ellos, donde la familia y los amigos adquieren una gran importancia. Es aquí donde las diferentes instancias de bochas, tal como fue revisado en las conclusiones, realizaron una gran contribución, ya que es donde conocen gente nueva, comparten, conversan, se entretienen y sociabilizan, creando espacios de recreación, relajación, deporte y rehabilitación, los cuales ellos consideraban fundamentales para la CV. De esta forma creemos que bochas generó una gran contribución sobre esta área, siendo, según nosotras, la más influenciada con la práctica de este deporte. Sin embargo, todos estos aspectos no son nombrados por los entrevistados al preguntarles por los cambios percibidos en la CV tras la práctica de DA. Shapiro y Martin (2010), al analizar la identidad atlética, el afecto y las relaciones entre atletas jóvenes con discapacidad física, identificaron que la participación en programas deportivos adaptados permite a los deportistas interactuar con otros adolescentes en situación de discapacidad, proporcionando el potencial para que los participantes experimenten un sentido

de la igualdad y conexión con otros similares a ellos, donde percepciones como la amistad y la aceptación por sus pares se relacionan positivamente a una sensación de disfrute. Este autor señala que las amistades formadas dentro del DA, pueden contribuir a la CV mediante la promoción de los estados afectivos positivos como sentimientos de alegría, satisfacción, inspiración, emoción y entusiasmo.

Por último, el área material fue donde observamos una menor influencia, debido a que en esta área se encuentran, según los jugadores, las necesidades básicas como la vivienda, la alimentación, la educación, la salud, el trabajo y el entorno a nivel estructural y arquitectónico. Es así como se dificulta que la práctica de este deporte pueda ejercer algún efecto en esta, ya que este no otorga beneficios materiales. No obstante, en algunos de ellos sí generó un cambio, debido a que bochas se convirtió en un medio para conseguir un bienestar económico, como fue el caso del monitor y la presidenta, los cuales comenzaron a trabajar en torno al DA. Como investigadores creemos que esta situación podría ser repetida por otros participantes, generando así un medio de sustentación para lograr una independencia económica para aquellos que no la tienen. Al igual que Doman, citado por Mejía (2012), creemos que el DA con los beneficios que aporta permite que los aprovechen para tener oportunidades de orden laboral, político, social, físico y psicológico.

Es importante considerar que esta múltiple y variada jerarquización de los que ellos consideran una buena o mala CV se relaciona y reafirma la paradoja de la satisfacción propuesta por Zapf (Brown, 1997), evidenciando que la subjetividad de este concepto y la individualidad de las ideas de cada entrevistado, guio fuertemente la percepción de los cambios, ya sean positivos o negativos, en su CV.

A nivel de la salud el deporte permite a aquellos que no han podido contar con acceso a rehabilitación una alternativa a esta, promoviendo comportamientos saludables, mejorando la capacidad funcional y disminuyendo los efectos secundarios que la discapacidad y la inactividad provocan, además

de ser una forma de terapia integral (Cardoso, 2011; Wilhite y Shank, 2010; Wilson y Clayton, 2010).

Por otro lado, pudimos observar que casi la totalidad de los cambios generados durante la práctica de bochas están considerados como parte de los indicadores de las distintas dimensiones de la CV que el SENADIS (2006) señala como constituyente de esta. Al comparar los beneficios obtenidos y lo expuesto por el SENADIS, identificamos que el DA ejerció una influencia en la mayoría de ellos.

En la siguiente tabla indicamos lo que consideramos son los principales indicadores propuestos por el SENADIS que son potenciados y fomentados por la práctica de bochas, según nuestra experiencia y observaciones.

Tabla 6.1. Dimensiones e indicadores beneficiados por la práctica de bochas.

DIMENSIÓN	INDICADORES BENEFICIADOS POR LA PRÁCTICA DE BOCHAS
Bienestar Emocional	Seguridad, felicidad, AC y satisfacción.
Relaciones Interpersonales	Amistades, afecto, interacciones y apoyo.
Bienestar Material	Trabajo.
Desarrollo Personal	Satisfacción, actividades significativas, habilidades, competencias y progreso.
Bienestar Físico	Salud, ocio, AVD, movilidad, nutrición y tiempo libre.
Autodeterminación	Autonomía, decisiones, autodirección, valores personales y metas, control personal y elecciones.
Inclusión Social	Aceptación, apoyos, actividades comunitarias, roles sociales y posición social.
Derechos	Principalmente ser consciente de sus derechos.

Fuente: Modificación de Tabla de Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida (SENADIS, 2006).

A través de este cuadro se puede observar que todos estos indicadores fueron mencionados por los participantes u observados por nosotras y relacionados como cambio tras la práctica de DA. Es así como identificamos que el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos son notoriamente influenciados por el DA, pero no así el bienestar material, por las mismas razones nombradas anteriormente en el área material.

Considerando la situación previa de los participantes, podemos ver que todos estos cambios influyeron en gran medida en su CV y, además, generó en ellos la motivación de seguir progresando.

Tal como fue visto en la influencia del DA sobre la participación e inclusión, bochas se destaca por ser un deporte cuyas condiciones y reglas favorecen la participación de todo tipo de personas, permitiendo la inclusión de las PSD como iguales frente a las PeSD. Durante nuestra investigación, observamos que las PSD tras la práctica de bochas presentaron similares beneficios que las PeSD a nivel de HM, pero sobre todo, a nivel del AC. El compartir con PeSD les permitió revalorizar y resignificar lo que son, dándose cuenta de los aspectos que eran verdaderamente importantes en sus vidas, restándole valor a lo que les perturbaba de sí mismos, pero que no representaba una gran importancia, donde el ver a personas con una situación más compleja que la de uno, generó una similar influencia tanto en las PeSD como en las PSD. Es así como las PSD comprendieron y entendieron la discapacidad de otra manera, incluyéndonos dentro de este grupo, ya que el compartir con ellos como igual, nos permitió conocer el verdadero potencial de habilidades que las PeSD poseían, reduciendo el estigma para con ellos. Right to Play y la ONU (2008), señalan que no solo los deportistas cambian la perspectiva de sus capacidades, sino que los espectadores al ver a las PeSD más activos y capaces, modifican su estigma y prejuicio de la discapacidad.

Bochas generó tal influencia en la vida de los participantes, que muchos de ellos llegaron a categorizarlo como un todo dentro de estas, valorizando su participación en el Club como algo fundamental por todos los beneficios que este conlleva y que fueron vistos y analizados anteriormente. Sin embargo, al igual que otros autores, creemos que este pensamiento puede incidir en que toda su vida se centre en esta actividad deportiva, olvidando participar de otras. Dentro de los autores que apoyan esta teoría, se encuentran Danish, Petitpas y Hale (1990), Kleiber y Krishnit (1991) y Williams (1994) citados por Zabriskie, Groff y Lundberg (2005), quienes señalaron que la participación en deporte puede tener efectos perjudiciales en la PeSD que lo practican, ya que pueden fracasar en el intento de tener éxito en este o dominarlos el miedo de no tenerlo. Por otro lado, la sociabilización dentro del deporte puede iniciar una

forma de control social mediante el cual el individuo se siente obligado a cumplir con las reglas y comportamientos implícitos dentro de este, restringiendo el deseo del sujeto, evitando que pueda explorar otras vías en la libre expresión. Por último, si una persona desarrolla exclusivamente una fuerte identidad deportiva, puede limitar o reducir aún más el desarrollo de su verdadera identidad.

Finalmente, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios de DA, compartimos la visión de González y Soza (2008) que señalan que la integración deportiva y la CV son aspectos inseparables en el caso de las PeSD, ya que ambos implican el disfrute, la participación colectiva y, en esencia, el mejoramiento del rendimiento funcional y la integración social. Es así como, al igual que múltiples autores (Cardoso, 2011; Gonzales y Sosa, 2008; Groff, Lundberg y Zabriskie, 2008; Lundberg et al., 2011; Mejía, 2012; McCubbin, 2003; Zabriskie, Groff y Lundberg, 2005), recomendamos la práctica del DA como una opción para mejorar la CV de las PeSD por todo lo que implica, donde, al igual que Jiménez (2006), pensamos que el DA es un elemento determinante para la CV, así como la utilización activa y participativa del ocio y tiempo libre en la sociedad contemporánea. Mientras más se traten las cuestiones relacionadas con la discapacidad en la sociedad en general, más PeSD serán aceptadas (Right to play y ONU, 2008), es por esto que el deporte ayuda a combatir y desmantelar la imagen restrictiva de la discapacidad como individuos pasivos, inactivos y sin capacidad, para tomar parte en aspectos más amplios de la vida en comunidad, derrumbando los estereotipos, y creando comunidades más inclusivas, que favorecen el bienestar de las PeSD, influyendo positivamente en la CV.

Consideramos, por todos estos motivos, que es necesario que los profesionales de la salud se sensibilicen y eduquen en torno al DA y los beneficios que este implica, para poder difundir y desarrollar de mejor forma este tipo de intervenciones.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Durante el transcurso de la investigación, a partir de los primeros acercamientos, las observaciones participantes, el desarrollo y análisis de las entrevistas, y a través de la elaboración de los resultados y conclusiones; tuvimos la oportunidad de comprender la realidad de las PeSD pertenecientes al Club de Bochas de la comuna de El Bosque, y tener una visión particular de cómo su CV, su participación y nivel inclusión cambiaron gracias a la adquisición y mejora de habilidades y la modificación de su AC tras la práctica constante de bochas.

Por esto consideramos que fue relevante indagar en diversos ámbitos que fueron llamando nuestra atención durante esta investigación, que para favorecer su entendimiento y darles un orden comprensible, los expusimos de la misma forma que en el marco referencial, es decir, la discapacidad, la inclusión, la rehabilitación y el deporte adaptado; para finalmente destacar la importancia que consideramos tiene la metodología cualitativa en la salud, las limitaciones de nuestro estudio y las propuestas para futuras investigaciones.

1. DISCAPACIDAD

1.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD DE LAS PESD

Dentro de los resultados, uno de los aspectos que consideramos más relevante fueron las diferencias entre el concepto de discapacidad de la CIF y el que los jugadores nos mencionaron. Desde nuestra interpretación del concepto dado por ellos, es decir, “capacidades diferentes”, resalta que este pertenece más bien a uno de tipo biomédico, en el que ellos nos hablan sobre la capacidad de generar habilidades nuevas, las cuales suplen las que ellos carecen o se alejan de la normalidad (Padilla, 2010). Ellos, al igual que el modelo biomédico, responsabilizan a la persona en sí por su discapacidad, es decir, a ellos mismos, planteándose como objetivo el cambio de conducta y la adaptación, buscando a partir de estas acercarse a la normalización y desde ahí integrarse a la sociedad. Dentro de este mismo punto, destaca en el discurso de los jugadores la ausencia de un enfoque biopsicosocial como el

propuesto por la CIF (OMS, 2001), restándole todo tipo de responsabilidad a la sociedad como generadora de discapacidad.

Creemos que parte de las razones por las que se genera esta visión de poseer capacidades diferentes, está dada principalmente por el Sistema de Salud y su enfoque asistencialista, el que los acogió durante gran parte de su experiencia con la discapacidad; la falta de cultura sobre este tema en la sociedad; y a la definición de discapacidad y refuerzo paternalista que entrega la Teletón en sus campañas.

Con respecto al Sistema de Salud, este se encontraba basado, en mayor grado que en la actualidad, en el modelo biomédico, donde la interacción que se realizaba con la PeSD, en relación a su tratamiento, consistía en “curarlos” y “rehabilitarlos” o “habilitarlos” para su adaptación a la sociedad (UNICEF y MINEDUC, 2005), es decir, creando capacidades nuevas o diferentes, privilegiando el paradigma de integración por sobre el de inclusión. Hoy en día esta situación se mantiene en ciertos aspectos, evidenciándose en que, a pesar de los avances, seguimos utilizando el concepto de paciente para referirnos a aquellos que necesitan resolver algún problema de salud, asumiendo que son agentes pasivos dentro de su proceso de rehabilitación, reflejando la visión asistencialista y paternalista, mencionada con anterioridad, fuertemente instaurada dentro de nuestro modelo de salud.

La falta de cultura de la sociedad respecto a la discapacidad se evidencia en el trato y las normativas, donde las PeSD son llamadas discapacitados, minusválidos e inválidos; sugiriendo que son sujetos de menor valor e incapaces, fomentando los prejuicios y los estigmas, a los cuales se les debe entregar la rehabilitación necesaria para que se integren rápidamente y no sean una carga para sus familias, la sociedad ni para el Estado. Esta visión es fortalecida por la idea entregada en el modelo biomédico acerca de esta, y, a la vez, reforzado por la Teletón en su campaña de sensibilización, exponiendo reiteradamente la frase de que “no son discapacitados, sino que personas con habilidades distintas” lo que explica su discurso aprendido, y que todos los entrevistados nos hayan entregado similares definiciones de discapacidad.

Al analizar las entrevistas y conversar con las psicólogas sobre este concepto de discapacidad que ellos nos mencionaron, pudimos notar que todavía se consideran como el problema en sí que debe ser solucionado, sin tomar conciencia del papel e influencia que la sociedad genera en ellos y en su participación, ya sea a través de barreras o facilitadores, por lo que creemos que, a pesar de que vamos en vías de la inclusión, ellos todavía no comprenden lo que significa su discapacidad, por lo tanto tampoco entienden su capacidad y derecho de incluirse, fomentado por la idea de ser personas con habilidades diferentes, es decir, distintas al resto. Esta situación evita que las PeSD se empoderen y exijan sus derechos y espacios dentro de la sociedad para aumentar su participación, dificultando, por ende, el proceso inclusión.

1.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACTIVIDAD, PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN

Dentro del marco de su actividad, apreciamos que existe una similitud a su definición de discapacidad, siendo la adquisición de estas “capacidades diferentes” el medio que les permite poder realizar sus AVD con mayor facilidad y “normalidad”, destacando que en este proceso, al igual que lo planteado por el paradigma de normalización (Egea y Sarabia, 2004), ellos son los encargados de adaptarse para poder potenciar de esta forma su participación.

Es relevante destacar que dentro de las entrevistas muchos de ellos coincidieron en varios aspectos relacionados con sus AVD y participación. Estos permiten explicar, junto con su concepto de discapacidad, su forma de vivir y relacionarse con el entorno y, de esta forma, la situación de inclusión previa a la práctica de bochas, los cuales nos brindaron una información importante para entender la verdadera influencia y contribución que genera el DA en sus vidas y posterior percepción de inclusión. Estos aspectos fueron la desconfianza y percepción de falta de capacidad, la sobreprotección por parte de sus familias, sensación de ser una carga extra para el círculo más cercano, el nivel de sociabilización y aislamiento, y la invisibilidad dentro de la sociedad.

a. Sensación de poca o falta de capacidad y sobreprotección

La sensación de poca o falta de capacidad para realizar las AVD y que fue una constante dentro de las entrevistas, tiene distintas razones que en su conjunto incidieron en el nivel de confianza de cada uno de ellos. Entre estas destaca que desde sus experiencias con el Sistema de Salud, los especialistas fueron imponiendo límites a sus capacidades con el objetivo de no darle falsas esperanzas a sus familiares y a ellos, que junto a los estigmas y falta de cultura en torno a la discapacidad por parte de la sociedad, generó la base para la desconfianza en sus propias capacidades y la poca iniciativa de los entrevistados para probarse que podían sobrepasar estos límites. Además, ellos pertenecen a un nivel socioeconómico bajo que les impidió el tener acceso a ayudas técnicas y servicios de rehabilitación integrales, limitando así su independencia y autonomía, lo que, junto a la idea inculcada por los profesionales de la salud, fomentó en los padres y familiares de las PeSD un vínculo de sobreprotección para con estos, los que creyendo que tendrían un mal desempeño y por temor a que sus hijos se frustren o lesionen, les brindaron ayuda en la realización de todas sus tareas y AVD, dejándolos al margen de su propio cuidado, incentivando más su noción de incapacidad y desconfianza, desligándolos de otras actividades como el ocio y el deporte y marginándolos, de esta forma, del resto de la sociedad, siendo esta última idea apoyada por autores como González y Sosa (2008) y Right to play y ONU (2008).

b. Sensación de carga extra para el círculo más cercano

A partir de la información recabada en las entrevistas, pudimos rescatar que muchos de los jugadores pasaron por una situación en la que se sintieron como cargas extras de sus familias. Creemos que esto se debía a que algunos de ellos tienen un alto grado de dependencia dentro de sus hogares, ya sea por su condición de salud o por, como mencionamos anteriormente, la sobreprotección de sus familias. Esta condición de vida reforzó en ellos la sensación de discapacidad y dependencia, afectando de forma negativa diversos aspectos como su AC, participación y CV. Es también importante señalar que la discapacidad genera un impacto tanto en las personas que la

poseen como en sus familias, reflejándose en que estas últimas disminuyeron su poder adquisitivo en pro de ser ellos quienes otorgaran los cuidados a sus familiares en situación de discapacidad y que, a su vez, esta misma implicó el tener que comprar medicamentos que muchas veces están fuera del alcance de las familias. Esta situación se ve aumentada por las escasas oportunidades de empleo de las PeSD, impidiéndoles realizar un aporte económico en sus hogares. Todas estas razones explican el por qué la discapacidad es considerada como causa y consecuencia de pobreza, tal como lo indica la OMS y el Banco Mundial (2011).

La situación anteriormente descrita generó en ellos la sensación de que su familia debía estar constantemente preocupándose por ellos y por cumplir sus necesidades, fomentando su AC de no capaz. Es así como dentro del espacio generado por el DA, en este caso bochas, encuentran la oportunidad de demostrarse a ellos mismos y a sus familiares como capaces.

c. Nivel de sociabilización y aislamiento

Los jugadores del Club se caracterizaban por tener un escaso nivel de sociabilización, ya que su círculo cercano era más bien pequeño y se limitaba principalmente a su familia, que junto al no tener más ocupaciones, no les daba motivos para salir de sus casas y el no hacerlo les impedía sociabilizar, generando un círculo vicioso. Esta situación era aún mayor en el grupo de jugadores que necesitan de cuidadores, debido a que su mayor grado de dependencia los obligaba a permanecer dentro de sus hogares, viendo imposibilitada o limitada la oportunidad de relacionarse con otros, y por ende el aumentar sus redes, presentando, por lo tanto, a la hora de desenvolverse frente a un grupo, más barreras que las demás personas. Sumado a estas razones, consideramos que afectó negativamente en las habilidades sociales y en la participación, que la última instancia en la que ellos pudieron desenvolverse socialmente fue el colegio, por lo que muchos de ellos no tuvieron, posteriormente, la oportunidad de enfrentarse y compartir con otros grupos. Es así como los entrevistados señalaron y destacaron que bochas les permitió tener amigos por primera vez y generar habilidades para formar estos lazos, como también para lograr una mejor participación en la sociedad.

Por otro lado, al igual que González y Sosa (2008) y Shapiro y Martin (2010), creemos que este aislamiento, además de la falta de disposición y tiempo, se asocia con el miedo de que, por participar, la PeSD corra un riesgo en su salud, lo que contribuye a que la familia o los cuidadores y los profesores en el colegio, les impidan participar en otras actividades como el deporte, fomentando aún más la exclusión de estas. Righttoplay y ONU (2008) señalan que en algunas sociedades, las PeSD se consideran seres dependientes y se perciben como frágiles, incapaces e ineptos, destacando que esta dependencia es a menudo exagerada por los profesores y familiares sin tener conciencia de ello, siendo en algunos casos prácticamente una invención de quienes las rodean. De esta forma, dichas personas no estimulan a las PeSD a desarrollar sus propias ideas, expresar sus deseos y tomar sus propias decisiones, llevándolos a vivir en una situación de aislamiento y escasa sociabilización.

d. Invisibilidad dentro de la sociedad

La discapacidad no es solo una condición de salud que los limita o restringe en su participación en el círculo más cercano, sino que es una experiencia de diferencia en todos los niveles, donde el entorno que los rodea los excluye. La sociedad a lo largo de la historia se ha caracterizado por enfrentar el tema de la discapacidad desde la falta de comprensión e indiferencia hacia ella, tal como lo señala Lenah Zoleh en su discurso frente a la UNICEF (2005). Esta situación es percibida actualmente por las PeSD, quienes creen que no están siendo considerados por la sociedad en general, ya que las ciudades y los lugares más importantes de estas no están pensados para que ellos también participen y, simplemente, no les permiten integrarse a las actividades que ahí se realizan, por lo que no los dejan participar por igual, es decir, no los incluyen, obligándolos a quedarse encerrados en sus casas, ocultos de la sociedad. Esta indiferencia la notaban principalmente a la hora de necesitar ayuda en las calles, donde la gente pasaba por su lado sin mirarlos, esquivándolos e ignorándolos. Los entrevistados señalaron que existe una exclusión de las PeSD debido a que la ciudad no se hace responsable y no está apta para ellos, destacando que las personas prefieren ignorarlos o evitarlos antes que asumir un real compromiso social con la discapacidad,

generándoles rabia e impotencia, ya que ellos si quieren participar y no les dan la oportunidad de hacerlo.

A pesar de esto, reconocen que ha existido un cambio en la forma en que se relaciona la sociedad con ellos, ya que poco a poco la gente ha comenzado a ofrecerles ayuda, han existido avances a nivel arquitectónico y de derechos, donde un ejemplo de ellos es la implementación del Transantiago y los monitores en los paraderos, los cuales han colaborado en que hoy en día ellos puedan desplazarse mejor en la ciudad, favoreciendo su independencia y participación.

Creemos que este cambio en la sociedad fue originado principalmente por el aumento de la educación y por las campañas de la Teletón. En Chile, la educación con respecto al “respeto” de las minorías y la discriminación ha aumentado, influyendo positivamente en el trato hacia las PeSD. Esta educación, lamentablemente, se ha enfocado en gran parte sólo al respeto, olvidando aspectos como un cambio conceptual y cultural profundo para favorecer la inclusión. Por otro lado, la Teletón les ha entregado a las PeSD la oportunidad de mostrar al resto de la sociedad cómo es su realidad y las dificultades que implica el tener una discapacidad para ellos y sus familias. Sin embargo, sin dejar de destacar los aspectos positivos que esta campaña conlleva, es a través de esta que la imagen compasiva y victimizada se potencia, y la visión de que las PeSD son miembros activos de la sociedad y con los mismos derechos, se pierde. Consideramos que la sociedad toma un rol paternalista y solidario por lo que enfrenta el problema ayudándolos principalmente de forma económica, sin entender que la situación en que se encuentran las PeSD se debe a que estamos vulnerando sus derechos al no incluirlos y darles las mismas oportunidades que al resto. Además, creemos que la sociedad al colaborar y al realizar donaciones en este tipo de cruzadas, generalmente se desligan y no se responsabilizan del tema de la discapacidad en su día a día, marginalizándolos, ignorándolos y olvidándolos hasta la siguiente campaña.

Es por esta razón que nace su crítica a la sociedad como un actor que no está abierto a aceptar y ver la discapacidad y sus implicancias,

identificándolo como un problema externo, donde el ciudadano común y el Estado comprende a la PeSD como responsable de su realidad y de su adaptación. Este camino, el ser responsables y adaptarse, ha sido el seguido por la mayoría de ellos, normalizándose lo que más han podido, en algunos casos logrando hasta integrarse en ciertos lugares o momentos, pero principalmente como fruto de sus esfuerzos, recibiendo, para esto, poco apoyo de la sociedad. Es así como uno de los dirigentes de las PeSD en el Seminario Internacional de la Inclusión (UNICEF, 2005) señala que *“el paternalismo social y el asistencialismo actual no son suficientes, existiendo una negación del legítimo otro, donde la discapacidad es un problema relacionado solo con el individuo que la vive, pretendiendo que este cambie, que se enmiende o sea corregido por la terapia, como si la discapacidad fuera una enfermedad y no implicara otros aspectos”*.

Es por esto que la invisibilidad se transforma en un factor ambiental para la PeSD que influye sobre su propia percepción de discapacidad y de sus oportunidades, generando en ellos una visión pesimista de su futuro y lo que pueden llegar a ser y hacer.

2. INCLUSIÓN

Después de entender el contexto de las PeSD que practican bochas, llamó nuestra atención como es la realidad que deben enfrentar día a día, donde las personas encargadas de velar por su inclusión y rehabilitación no comprenden en su totalidad lo que es la discapacidad, por lo tanto, no están siendo agentes activos en el cambio que se necesita. Es por esto que creemos que es interesante desarrollar cómo es la realidad actual de las políticas de inclusión y cómo es que hoy en día los profesionales de la salud enfrentan el tema de la discapacidad y nuestras posibles soluciones para mejorar y alcanzar esta anhelada inclusión.

2.1. REALIDAD DE LAS POLÍTICAS DE INCLUSIÓN

Hoy en día existe una legislación y rectificación de los derechos de las PeSD, por un lado, a través de la CDPD a nivel mundial, firmada por Chile el año 2007, y por otro, por la ley N° 20.422 en nuestro país. Estas nuevas leyes

representan un gran aporte a nivel de políticas sociales y, en lo práctico, han contribuido en una disminución de las barreras y limitaciones físicas, debido a las modificaciones a nivel arquitectónico y de accesos, destacando dentro de ellos la implementación del Transantiago y la creación e incremento de lugares preferenciales para las PeSD. Pese a que lo anterior se ha constituido como un gran avance, siguen existiendo dificultades que impiden su plena inclusión, manteniéndose el modelo de integración. Esto se debe principalmente a que los cambios que se han gestado en la actualidad, obedecen a un carácter esencialmente legislativo, otorgando menor énfasis al cambio cultural, imposibilitando una evolución de la mentalidad con respecto a la discapacidad.

Un ejemplo de esta situación es lo que ocurre con los espacios públicos y privados, donde, guiados por la ley actual, se prioriza o restringe su uso para las PeSD. Estos lugares tienen la característica de señalar e indicar lo anteriormente expuesto, sin embargo, muchos de estos lo hacen utilizando palabras como “minusválidos” o “discapacitados”, evidenciando que a pesar de que existen estos derechos y se están poniendo en marcha, no se aprecia una total comprensión de la ley ni de lo que busca y significa, es decir, no existe una conciencia de las ideas que están detrás de estas. Es por esto que creemos que la estrategia de reformular los derechos no sirve por sí sola, puesto que no se ha cambiado la forma de entender la discapacidad, manteniéndose la visión de que las PeSD son las encargadas de superar sus dificultades, haciéndose esfuerzos referidos exclusivamente a la modificación del entorno. Por esta razón, surge la necesidad y la urgencia de fomentar y diversificar la cultura de la discapacidad, a través de la educación de la sociedad y de todos los profesionales relacionados de alguna forma con esta, sobre todo en las personas encargadas de fomentar la inclusión como lo son los profesionales de la salud.

2.2. PROFESIONALES DE LA SALUD

Como ya fue analizado anteriormente, existe un problema en la forma de entender el concepto de discapacidad en las personas que la poseen, sin embargo, esta dificultad, en cuanto a los conceptos relacionados con esta, también se observa en los profesionales de la salud. En este punto, la CIF ha

significado un gran avance, surgiendo como un lenguaje universal para todos los agentes relacionados con la salud, uniendo criterios y facilitando así la comunicación entre ellos, pero a pesar de esto, muchos aún no utilizan esta herramienta o la desconocen, por lo que no ha logrado establecerse completamente.

Un estudio realizado en el servicio de kinesiología del Hospital Barros Luco (Arce, Poblete y Reyes, 2011) investigó como se utiliza el modelo CIF dentro de su equipo, identificando que los profesionales lo hacen esencialmente en el diagnóstico kinésico, pero no ocupan el lenguaje propuesto por este en sus conversaciones ni en sus tratamientos, principalmente debido a la falta tiempo para aplicarlo, la alta demanda de pacientes y la poca interiorización del modelo del resto de los profesionales, ya sea por falta de interés, compromiso o porque sigue siendo poco conocida por sus compañeros.

Es así como se observa un poco manejo de términos estandarizados y universales, como la discapacidad, por parte de las personas encargadas de velar por ellos y por su inclusión, evidenciando un problema de conceptualización y de la forma de enfrentarla. Hoy en día sigue entendiéndose a la PeSD como un cuerpo con limitaciones y restricciones relacionadas con el mismo, donde la solución es la cura, en este caso, la terapia física, pero guiada por lo que el paciente desea para mejorar su participación, siendo este el principal aporte de la CIF. Sin embargo, el tratamiento se enfoca esencialmente en su cuerpo y en lo físico, abarcando escasamente su participación e inclusión, sin considerar lo que modelos actuales, como el ecológico, plantean, donde las experiencias del sujeto son únicas e individuales y están estrechamente relacionadas con el ambiente, conocimiento aprendido en vivencias anteriores, sentimientos, costumbres y tradiciones, incluyendo factores como la comunidad y la sociedad. Es aquí donde la CIF señala que la intervención de uno de sus elementos, es decir, disfunción y deterioro, actividad o participación, tiene el potencial de modificar uno o más elementos, por lo tanto, el tratamiento no necesariamente debe ser enfocado en lo motor, ya que también se puede realizar a través de la participación, alcanzando los

mismos objetivos, siendo, para nosotras, el DA un ejemplo y una de las mejores alternativas para lograrlo.

Por otro lado, esta falta de conceptualización universal, genera que los mismos profesionales en su discurso, den a comprender que las PeSD no son capaces, encargándose de señalar a estas y sus familias todas las limitaciones y restricciones que su discapacidad les otorgará, omitiendo un proceso de reforzamiento del potencial de sus capacidades y futura inclusión. Es por esto que creemos que hace falta una integración de la imagen de una PeSD que, además de cuerpo, tiene un componente cognitivo y psicosocial que debe ser considerado, donde el lenguaje utilizado por el profesional de salud inevitablemente genera una fuerte influencia en las PeSD y sus familias, por lo que debe ser claro y neutro, sin enfatizar en las dificultades que esta le traerá, sino en las soluciones, orientando su discurso a uno reforzador o reconocedor de su posible potencial.

Si los mismos agentes rectores de la salud no nos ponemos de acuerdo en la forma de entender la discapacidad y entregamos a los otros una imagen errada de las PeSD como no capaces, no se puede esperar que el resto de la sociedad esté lista para incluirlas, ya que seguirán creyendo que son personas distintas e incapaces, donde sólo son una carga extra para sus familias y el gobierno, a las cuales se debe ayudar. Creemos que la misión de los profesionales de la salud es crear en las PeSD y en la sociedad una nueva forma de ver y entender la discapacidad. Consideramos que el cambio debe partir por formar y educar a estos profesionales con esta nueva conceptualización y con un mayor contacto con las PeSD dentro de su formación, ya que es fundamental para romper con los prejuicios y vivenciar las infinitas capacidades que las PeSD poseen, donde muchos de nosotros tenemos preconceptualizado lo que ellos pueden llegar a hacer o no dependiendo de su patología o enfermedad, generalizándolos y no tomando en cuenta los factores contextuales que influyen de manera diferente para cada uno de ellos en su rehabilitación, limitándolos y restringiéndolos según nuestro conocimiento previo.

Es así como consideramos que sería interesante conocer cuántas de las universidades que imparten carreras relacionadas con la salud, incorporan los conceptos de la CIF dentro de sus mallas curriculares y la forma en que abordan este tema. También sería relevante indagar cómo estas universidades forman a sus estudiantes en torno a la discapacidad, que conceptos utilizan y el grado de contacto y sociabilización que generan con las PeSD durante su estadía en la Universidad, ya que una relación temprana evitaría las falsas ideas con respecto a ellos y su capacidad de rehabilitarse e incluirse en la sociedad. Es por esto que creemos que la educación es algo fundamental, tanto para cambiar la idea de discapacidad en los profesionales de la salud como en las PeSD y en la sociedad en general.

2.3. EDUCACIÓN EN DISCAPACIDAD

Consideramos que parte del problema de que nuestra sociedad y los profesionales de la salud seamos agentes de exclusión, radica en que carecemos de los conocimientos necesarios para abordar la discapacidad. Se nos enseña de enfermedades, pero no se nos educa sobre la discapacidad en sí, sobre su concepto ligado a su actividad y participación, donde la sociedad en sí tiene una imagen errada, en la que la victimización y compasión son las que la definen, de esta forma desconociendo a la persona capaz, independiente y activa que puede ser una PeSD. Creemos que para cambiar esta visión que tenemos sobre la discapacidad es necesario crear proyectos que cohesionen el esfuerzo de distintos agentes educacionales, como lo son los medios de comunicación; colegios; universidades; OPD; organizaciones privadas relacionadas al tema, como la Teletón; y el gobierno. Partiendo desde esta premisa, creemos que el DA ha surgido como una opción válida y viable para lograrlo, la cual pudimos observar que sirve como un medio para aumentar la participación de la PeSD y contribuir en el cambio de visión que todos, como sociedad, tenemos respecto a ellos. Por otro lado, es nuestro deber recalcar, que el DA no se presenta como la solución completa a los problemas a las que las PeSD se enfrentan diariamente, sino que es una vía de acceso a la sociedad, por lo que destacamos que es importante educar a las comunidades sobre los derechos y capacidades de estas, para que de esta

forma puedan ser incluidas dentro de ellas en todos los aspectos que un ser humano necesita y debe cumplir para sentirse partícipe de la sociedad.

3. REHABILITACIÓN

Al hablar de rehabilitación, ya sea, a lo largo de nuestra formación y ejercicio como profesionales de la salud o en la formulación de leyes que la promuevan, incurrimos muchas veces en el error de referirnos a esta como un término que se relaciona estrictamente a lo motor, obviando muchas veces otros componentes que la OMS (2012) ha destacado como importantes y que se deben considerar como parte de la estrategia de RBC y por lo tanto dentro de la rehabilitación, como lo son el acceso a la recreación, a actividades culturales, deportivas, de ocio y tiempo libre y a la justicia.

A continuación exponemos puntos que se relacionan a la rehabilitación, como la RBC, nuestro rol como Kinesiólogos y la participación e importancia de la comunidad.

3.1. RBC

El sistema de salud actual de nuestro país, si bien se encuentra en vías de implementar la estrategia de RBC a lo largo de Chile, hasta el momento no ha logrado cumplir con los objetivos que esta y que el concepto de rehabilitación plantean, ya que como bien sabemos se ha caracterizado por rehabilitar hasta cierto punto de funcionalidad, basándose más que nada en los objetivos propios planteados como terapeuta y en un problema o trastorno específico, que en el objetivo y contexto del paciente. Esta forma de rehabilitar, que se sigue utilizando en gran parte de nuestro país, se mantiene ciega al objetivo de mejorar la participación e inclusión de la PeSD. Por otro lado, la gran cantidad de pacientes que se atienden en los diferentes establecimientos, las cuotas que a los trabajadores de salud se les pide cumplir por jornada, y que los mismos pacientes tengan distintas patologías y condiciones, hacen más difícil el que estos puedan realizar actividades grupales e inclusivas con los pacientes. La OMS (2012), a partir de la experiencia en otros países, recomienda que se pueda invertir más en RBC, debido a que es eficaz y eficiente, logrando ampliar la cobertura y mejorar la calidad y asequibilidad de

la rehabilitación para la comunidad que no tiene oportunidad de acceder a ella por otros medios, siendo esta una de las principales problemáticas de nuestro país. A partir de esto es que creemos que bochas y el DA, se presenta como una alternativa eficiente, efectiva y viable como parte de la estrategia de RBC, ya que permite mantener al paciente en actividad, conservando o aumentando sus habilidades, otorgándoles la oportunidad, de que una vez terminado el tratamiento, ellos puedan seguir rehabilitándose, contribuyendo a su vez al aumento del nivel de sociabilización de las PeSD, lo que se da por la mayor interacción de estas con otros grupos como personas con o sin situación de discapacidad, niños, adultos mayores, entre otros; y que puede derivar en una mayor participación de estas en la sociedad, mejorando sus oportunidades dentro de la misma, implicando al mismo tiempo, el aumento de su inclusión.

A raíz de lo anterior mantenemos una incógnita, ¿es posible que estos beneficios relacionados a lo que se plantea como rehabilitación puedan ser extrapolables a todo tipo de comunidad?, ¿es posible que los distintos profesionales que trabajan en el sistema de salud puedan derivar con mayor frecuencia a sus pacientes a grupos deportivos?

3.2. ROL DEL KINESIÓLOGO

Como hemos mencionado con anterioridad, la rehabilitación no se limita a lo motor o a segmentos aislados del cuerpo, es por esto que consideramos que dentro de este mismo marco y relacionado al conocimiento del significado del concepto de rehabilitación y las distintas aristas de la persona que este considera, es importante pensar en el papel que como Kinesiólogos podemos desempeñar dentro de la atención en salud. Al observar la matriz de RBC que propone la OMS el año 2012 (Figura 2.5), queda en evidencia que son muchas las intervenciones que como profesionales podemos desarrollar dentro de una comunidad lejos del ambiente seguro en el que nos manejamos cotidianamente, pero para que eso suceda, el Kinesiólogo y la sociedad, debe perderle el miedo a la palabra ocio y recreación, atreviéndose y aventurándose a dejar las consultas y el ambiente clínico, dedicándose más a la rehabilitación que va en conjunto del deporte y la comunidad, incluyendo dentro de este el papel social como agente de cambio que nuestra profesión conlleva. El DA nos

muestra que parte del ocio también puede ser movimiento, por lo que es importante educarnos en el área deportiva, en el tiempo libre y la discapacidad, debido a la amplitud de beneficios que estos entregan. Es por esta razón que creemos que es útil y eficaz abarcar, desde esta perspectiva, las problemáticas que las PeSD poseen y de contribuir a su inclusión social.

Por otro lado, consideramos de gran relevancia que el kinesiólogo realice trabajos con equipos multidisciplinarios, que busquen a partir de distintas ramas, como el ocio, arte, cultura, deporte, entre otros; mostrar a la sociedad que la condición de discapacidad no es completamente inhabilitante, y que ellos, al igual que los demás, pueden realizar diversas tareas y demostrar sus talentos, dejando su discapacidad en un segundo plano.

A partir de lo expuesto recientemente, y considerando que nuestra formación proviene de una universidad pedagógica, donde gran parte de los estudiantes de esta serán los encargados de formar a los futuros integrantes de la sociedad, mientras que el resto serán quienes a futuro se relacionarán en mayor grado con las PeSD; creemos que es esencial que como institución tengamos una idea clara y un plan de acción para enfrentar el tema de la discapacidad. ¿Podremos ser capaces de mejorar y fomentar la educación sobre la discapacidad y los derechos que poseen para formar un cambio de visión en los estudiantes de la UMCE?, ¿Podremos, como universidad o facultad, investigar a futuro los beneficios que tiene en las PeSD la acción multidisciplinaria enfocada a las distintas áreas de la RBC, principalmente el ocio?, ¿Es posible la unión de las distintas carreras de la Facultad de Artes y Educación Física de la UMCE en un proyecto conjunto que facilite la expresión artística y física de las PeSD con el objetivo de cambiar la imagen que tienen de sí mismos y la que la sociedad tiene de ellos para fomentar su inclusión?

3.3. COMUNIDAD

Como bien señala la OMS (2012) sobre la estrategia de RBC, esta debe partir como una necesidad a nivel comunitario, por lo que consideramos que es necesario educar y empoderar a la comunidad y a las PeSD, sobre sus derechos y necesidades dentro de estas, y sobre estrategias para mejorar el

proceso de inclusión de estas personas. Es fundamental que como Kinesiólogos, logremos asumir este papel de educador de la comunidad en la que estamos insertos, ayudando en la concientización sobre la discapacidad y en las barreras que el mismo entorno presenta para estas y cómo esto los limita en su participación. Para cumplir con lo anterior, ambas creemos que a nivel curricular, es necesario incluir o potenciar el trabajo en la comunidad, a través del desarrollo de proyectos que integren al Kinesiólogo dentro de esta y que nos permitan involucrarnos con todos sus integrantes, incluyendo a las PeSD, de tal forma que, desde nuestra formación de pregrado, podamos adquirir las competencias necesarias para en el futuro ser actores sociales y fomentar la inclusión.

Dentro de nuestra experiencia durante esta investigación pudimos observar que la comuna de El Bosque se está acercando poco a poco a la definición de comunidad inclusiva entregada por la OMS (2004), ya que las personas que ahí habitan han logrado adaptar sus estructuras, procedimientos e instalaciones para facilitar la inclusión de las PeSD. Esto lo observamos en la presencia de una OD, un CCR y múltiples OPD, los cuales, junto a la Municipalidad, los apoyan en la facilitación de transporte y lugares para que ellos puedan realizar sus actividades, además de espacios privilegiados dentro de los mismos eventos y festivales municipales, que les permiten participar junto a su comunidad. A través de nuestra investigación, y a partir de nuestras propias vivencias dentro de esta, podemos afirmar que este tipo de estrategia, en conjunto con la práctica deportiva, son un medio efectivo que permite la inclusión de la PeSD dentro de la sociedad, sintiéndose considerados por esta. Creemos que para lograrlo, es necesario el compromiso de sus habitantes, las distintas entidades a nivel comunal y los profesionales de la salud.

4. DEPORTE ADAPTADO

En la actualidad los principales problemas relacionados con la rehabilitación de la discapacidad tienen que ver principalmente con los problemas de acceso, debido a la alta demanda y la falta de capacidad de respuesta a estos problemas, ya sea por la escases de tiempo o de personal, existiendo un sistema de salud colapsado, donde las PeSD deben esperar

meses para ser atendidas, accediendo a una rehabilitación de mala calidad, si es que logran acceder a esta. Es así como el DA surge como un medio o alternativa para solucionar parte de estos problemas, dando la posibilidad de atender a un amplio grupo de PeSD de manera simultánea con similares o mayores beneficios.

4.1. DA COMO MEDIO DE REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN

Al analizar los objetivos de la RBC, llama nuestra atención que el DA cumple con muchos de estos, donde ejerce una especial influencia en aspectos como desarrollar al máximo las capacidades físicas y mentales, aumentar el acceso a servicios y oportunidades ordinarias como el deporte y la recreación, permitiéndoles así ser colaboradores más activos dentro de su comunidad y sociedad, siendo este una parte fundamental de la RBC. El DA y sus beneficios a nivel motor, llenan el vacío fomentado por el sedentarismo, incentivando que los participantes asuman comportamientos positivos relacionados con la salud, además de ayudar a que no empeore o aumente su discapacidad a consecuencia de la falta de ejercicio, ya sea en personas con o sin situación de discapacidad. De esta forma, el DA se establece como un medio de rehabilitación que permite, con sus múltiples beneficios, que la PeSD desarrolle sus capacidades físicas, psicosociales y cognitivas, se reconozca como un igual y una persona capaz, implicando una mejora de sus respectivas CV, tal como fue observado en esta investigación, haciéndolo de manera entretenida y dinámica, influenciando desde la disfunción o deterioro hasta en su participación e inclusión. Es por este motivo, que creemos que es importante considerar al DA, sobre todo bochas, como una alternativa para descongestionar y favorecer el acceso a la rehabilitación, beneficiando la adherencia a estos programas y la participación en la vida comunitaria.

Creemos que es necesario impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de sus PeSD con transformaciones y modificaciones dentro de estas, creando actividades relacionadas con el ocio y tiempo libre, como el DA, ya que, si las PeSD muestran sus capacidades y habilidades dentro de su comunidad, estos reconocerán en ellos a personas capaces, cambiando favorablemente la imagen de la discapacidad. La OMS (2012) y

Right to play y ONU (2008) señalan, al igual que nosotras, que el elemento de recreación, esparcimiento y deportes sirven para la salud y el bienestar, y es una de las pocas oportunidades de involucrarse en la vida en comunidad más allá del núcleo familiar, fortaleciendo la cohesión de esta. De esta forma, consideramos que poco a poco se irá creando una actitud positiva hacia las PeSD, principalmente en su entorno más cercano, favoreciendo la inclusión y mejorando su CV.

Dentro de los distintos DA, consideramos que bochas se destaca entre ellos por ser un deporte principalmente inclusivo, donde se promueve el desarrollo personal, la autovaloración, las relaciones interpersonales, la autodeterminación e independencia, la inclusión y el ejercicio de sus derechos. Es por esto que este se instala como un espacio seguro, reforzador y protegido donde todos pueden acceder con igualdad, caracterizándose por respetar la diferencia y aceptar a todos sus miembros entendiendo que son partes de la diversidad, en el que todos ellos tienen las mismas oportunidades de participar en el juego. Es así como el DA se presenta como un lugar en el cual no existe la discriminación, lo que les permite conocer cómo es no ser discriminados, entendiendo y comprendiendo mejor sus derechos.

Por otro lado, el ser deportistas y conceptualizarse como capaces, favorece que las PeSD se empoderen y se hagan cargo de sus vidas, incentivando la toma de decisiones y el ser más independientes. Estas ganancias en autonomía y confianza, y los otros beneficios que el DA implica, permiten que su participación e inclusión aumenten, ya que tienen más habilidades para hacerlo y comprenden que es su derecho ser aceptados e incluidos, siendo estos los principales objetivos relacionados con la discapacidad a nivel mundial y cumpliendo así con gran parte de los principios que contemplan la CDPD, la OMS y la ONU.

Creemos que aún hace falta alentar y promover la participación en este tipo de actividades por parte del Estado, el SENADIS y las municipalidades, entregando los recursos adecuados y acceso a instalaciones deportivas dignas, donde estas se encuentren en buenas condiciones, tengan baños adaptados y los aisle del frío y la lluvia. Esta situación no ocurría en el Club, ya que

entrenaban en el gimnasio de un colegio al aire libre, protegido solamente por un techo, cubriéndose del frío sólo con el uso de abundante abrigo y el consumo de bebidas calientes, donde la lluvia en el invierno no les permitía realizar entrenamientos. Sin embargo, los integrantes del club estaban agradecidos de lo que tenían y de que la municipalidad al menos les ofreciera el transporte para aquellos que vivían más lejos, sin ser conscientes de los verdaderos problemas y deficiencias que poseían y que no estaban siendo resueltos. Por otro lado, es importante que la idea de implementar un programa de DA y la forma de hacerlo surja desde la misma comunidad, donde la misión del Estado y los profesionales de la Salud es guiar, motivar, brindar apoyo y dar a conocer los beneficios que el DA entrega.

Además el DA tiene el potencial de generar oportunidades para que las PeSD puedan obtener ingresos a través de esta, ya que tienen la posibilidad de especializarse en esta área, siendo monitores, árbitros o entrenadores. Creemos que debería aumentar la formación de monitores por parte de las comunas, ya que al aumentar las personas capacitadas, más personas tendrán la posibilidad de acceder al DA y, a la vez, más PeSD tendrán trabajo e ingresos. El Estado y el SENADIS deben hacerse cargo de esta situación, ya que al aumentar la capacidad de trabajo de las PeSD, sobre todo en aquellos que se encuentran en la pobreza, el desarrollo del país aumentará, convirtiéndose la implementación de este tipo de proyectos, en un plan rentable para este.

4.2. DA Y EL KINESIÓLOGO

Dentro del Club de bochas escogido para esta investigación, el entrenamiento, actualmente a cargo de una PeSD y un TO, está dirigido principalmente a potenciar habilidades grupales enfocadas a un mejor desempeño deportivo. El kinesiólogo, por su experticia en el área del movimiento y rehabilitación, creemos puede ser un gran aporte en el trabajo con PeSD a través del DA, tanto en la elaboración de proyectos deportivos, como hasta dirigir los entrenamientos.

Con respecto a la elaboración de proyectos deportivos, consideramos que es indispensable la participación de un equipo transdisciplinario para conocer la realidad de la comunidad y detectar sus necesidades, pero junto a esta. En este aspecto, un equipo transdisciplinario ideal, según nuestro punto de vista, debería estar compuesto por un kinesiólogo, TO, psicólogo, sociólogo, profesor de educación física y un asistente social, junto a representantes de la comunidad y municipalidad, para que de esta forma se puedan abarcar la mayor cantidad de ámbitos de la comunidad y dar una respuesta más completa, creando un grupo de personas que se reúnen entorno al DA donde además de recrearse, se den solución a los problemas que la comunidad posea, principalmente en discapacidad.

Por otro lado, el kinesiólogo dentro de la práctica del DA, puede guiar el entrenamiento hacia una mejor y mayor adquisición de habilidades motoras, aprovechando que en esta instancia las PeSD se encuentran con una actitud positiva y asisten dispuestos a trabajar con entusiasmo y energía, donde la adherencia a este asegura una progresión. De esta forma, el kinesiólogo puede ponerse como objetivos el aumentar la práctica del manejo de silla de ruedas, mejorar la condición física, fortalecer la musculatura, entre otros. Sin embargo, debe tener claro que en este caso, su misión no será solo la terapia física como tal, sino como un agente rehabilitador integral, donde velará también por la educación, participación e inclusión.

Creemos que hace falta que el kinesiólogo participe en mayor grado en actividades deportivas, de ocio y tiempo libre para PeSD, principalmente en la gestión, registro y evaluación de este tipo de proyectos, como también en la participación dentro de estos.

5. METODOLOGÍA

Luego de realizar nuestro estudio y al ver la gran cantidad de conocimiento que la investigación cualitativa nos permitió obtener, creemos relevante seguir utilizando esta metodología para otros estudios relacionados con la discapacidad y la salud, ya que, al igual que el paradigma que lo rige, el paradigma hermenéutico, consideramos que las realidades pueden ser

múltiples y variadas, y que al construirse según la individualidad del sujeto, es esencial insertarse en su contexto para poder conocerlas y estudiarlas a fondo, a fin de poder mejorar nuestra comprensión de las mismas (Fuentes, 2002). Muchos de los estudios revisados para la realización de esta investigación se basan en la metodología cuantitativa (Lundberg et al. 2011; Mattevi y cols. 2012; Sernaglia, 2009; Shapiro y Martin, 2010), los cuales indican que es necesario indagar a través de la metodología cualitativa para poder obtener información más significativa sobre los beneficios del DA y el significado que le otorgan los participantes. Es por este motivo que escogimos como estrategia realizar el estudio de casos ya que nos permite conocer la particularidad de cada participante.

Para poder cumplir con esta finalidad, y siguiendo las ideas planteadas con anterioridad, creemos que la metodología escogida fue la correcta, ya que, a través de ella y sus instrumentos nos acercamos a la comprensión de las complejas interrelaciones que se dieron en la realidad de un grupo del Club de Bochas de El Bosque relacionados a su participación dentro de este como miembros y como jugadores de bochas, respetando la individualidad y subjetividad de la experiencia del sujeto. Es importante, además, considerar este tipo de metodología para otros estudios en el área de la discapacidad, ya que nos ayudan a explorar diferentes ámbitos que van a influir de distintas formas en la PeSD y su rehabilitación, pudiendo muchas veces comprometer su participación y el resultado de nuestras intervenciones. Por otro lado, nos permite conocer cuáles son sus reales motivaciones, necesidades en salud, expectativas y problemas derivados de su contexto y condición de salud (Calderón, 2002).

Esto, dentro de nuestra investigación nos ayudó a comprender desde su perspectiva la contribución que el DA generó en sus vidas. Reforzando esta visión, destacamos que la metodología cuantitativa no fue escogida debido a que esta sólo nos permite medir variables estrictas que se encuentran validadas y que no toman en cuenta la jerarquía que las personas le otorgan a ciertas instancias y sucesos y que pueden no ser considerados por los test o las estadísticas.

La salud y la CV, tal como lo hemos analizado, tienen un alto componente de subjetividad, sobre todo en la forma de percibirla, tal como lo señala la paradoja de la satisfacción, y están influenciados por múltiples y diversos factores. Es así como creemos que dentro de la investigación cualitativa, la entrevista, sobre todo la EP, nos da la oportunidad de conocer y comprender la realidad que se esconde detrás de esta subjetividad, permitiéndonos así entender la verdadera percepción de lo que nos interesa conocer, desde la perspectiva de quienes deseamos conocerla, evitando cortar o guiar sus respuestas e influenciarlos con nuestros propios juicios y prejuicios, como lo hacen otro tipo de instrumentos y entrevistas. Al igual que Rodríguez, Gil y García (1999) consideramos que en este sentido es esencial llegar a obtener el punto de vista de los miembros del grupo social, acercándonos a sus ideas, creencias y supuestos mantenidos por ellos. Estos mismos autores destacan que no es el propio conocimiento o explicación lo importante, lo realmente interesante son las explicaciones del otro. La EP se apoya en la idea de que el entrevistado es un sujeto que da sentido y significado a la realidad, donde esta interacción social va a generar una comunicación de significados, en la cual una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema y la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación, siendo ambas influenciadas por sus respectivas realidades y subjetividades. Echeverría, en la *Ontología del Lenguaje* (2005), señala que el lenguaje es la clave para comprender los fenómenos sociales, porque es a través de este medio que conferimos sentido a nuestra existencia. Filósofos como Dewey y Wittgenstein (Savater, 2010) indican que el mundo nos viene dado a través del lenguaje, donde los límites de este significan los límites de mi mundo, siendo el medio por el cual puedo compartir mis experiencias.

Por otro lado, Echeverría (2005) destaca que el lenguaje crea realidades al decir lo que decimos, al decirlo de un modo y no de otro, o no diciendo cosa alguna, de esta forma, abrimos o cerramos posibilidades para nosotros mismos, y muchas veces, para otros, y es por esto, que cuando hablamos, modelamos el futuro, el nuestro y el de los demás. Lo anteriormente señalado es lo que consideramos que justifica nuestra visión de que la forma en que hablamos y nos dirigimos a las PeSD es fundamental y crea en ellos una

imagen de sí mismos y de lo que pueden llegar a ser. Además, gracias a la EP y el lenguaje, pudimos acercarnos a su forma de conceptualizarse, dejando claro que aún no se entienden ni se conciben como personas capaces, creando en ellos esta realidad, no permitiéndoles comprender que tienen el derecho de ser incluidos. Creemos que esta situación no necesariamente puede ser detectada o identificada a través de otros medios que restrinjan, limiten o guíen su lenguaje.

Consideramos que todas estas razones evidencian la necesidad de masificar e incentivar la investigación cualitativa y la EP, ya que la nueva forma de entender la salud, principalmente la indicada por la OMS, habla sobre una multiplicidad de realidades, donde la salud de un sujeto es distinta a la del otro y está supeditada a su contexto, por lo que consideramos que la manera de conocerla y acercarse de una manera más completa y profunda, es través de esta forma.

6. LIMITACIONES

Una de las grandes limitaciones de esta investigación fue el que ambas provenimos de la misma carrera y universidad, compartiendo nuestro enfoque y visión, otorgando una mirada restringida al pensamiento de nuestra carrera y obviando aspectos relevantes que están fuera de nuestro campo de acción conocido. Sin embargo, creemos que el habernos hecho asesorar por psicólogas en cuanto al análisis de los resultados, nos ayudó a ampliar nuestros horizontes y lenguaje, permitiéndonos ver de forma más integral a los jugadores y su relación con el DA y el grupo de bochas; y comprender y expresar de mejor forma lo observado y experimentado por los participantes de este estudio. Por esta razón, y para evitar estos problemas, consideramos que las siguientes investigaciones deben tener un enfoque multidisciplinario, para de esta manera lograr ver al sujeto en su totalidad y comprender mejor el fenómeno a estudiar.

Además creemos que el no contar con amplia experiencia en la realización de entrevistas fue una de las limitantes que experimentamos al momento de realizar las EP a los jugadores, ya que, al expresar o modificar una de las preguntas para la comprensión de los entrevistados o para guiar y

encausarla hacia el tema de interés, podíamos caer en errores como conducir las respuestas que estos nos entregaban, por lo que el apoyo con las psicólogas en la confección de estas fue algo fundamental. Es por esto que consideramos que en el caso de futuras investigaciones, es necesario instruirse respecto a cómo realizar una buena EP.

Otra de las limitaciones fue, pese al nivel de escolaridad de muchos de los entrevistados, el bajo nivel de dominio del lenguaje que poseían, lo que generó, en algunos casos, que ellos inventaran palabras que sustituían a otras en las definiciones entregadas en diferentes conceptos, lo que a su vez nos dificultó, en primera instancia, la interpretación inmediata de lo que ellos querían decir; y limitaba, además, el número de personas al cual podíamos entrevistar para obtener información abundante, atinente y relevante.

Por último, creemos que un aspecto que afectó nuestro estudio, en cuanto a cantidad de información recopilada y posibilidades de aumentar el roce con el grupo, fue el que los entrenamientos se llevaran a cabo sólo los sábados y las condiciones del lugar en el que entrenaban, limitándolos muchas veces al clima; disminuyendo la cantidad de observaciones posibles y tiempo que pudimos pasar junto a ellos, pese a que los entrenamientos eran largos en su duración.

7. FUTURAS INVESTIGACIONES

Tal como lo planteamos dentro de nuestras consideraciones finales, creemos que es importante realizar más estudios relacionados con la discapacidad y la inclusión, como también con el DA, por todos los beneficios que este implica, al igual como lo plantea la OMS (2011), pero consideramos que es vital que las siguientes investigaciones que se realicen, ya sea a partir de la nuestra o no, sean principalmente a través de la metodología cualitativa, debido a que es capaz de brindarnos información más completa, profunda y fidedigna, al considerar la subjetividad y la multiplicidad de realidades como un aspecto fundamental dentro de esta, permitiendo develar los significados y valores que los sujetos le otorgan a las experiencias y vivencias. Creemos que es necesario también realizar estudios relacionados con el DA que sigan otras metodologías dentro de la investigación cualitativa, como la investigación –

acción, útil en este caso para implementar nuevas medidas y estrategias, identificando qué efectos tendrán en una población específica y bien descrita, pero, principalmente, desde la perspectiva de los propios sujetos estudiados. Consideramos que estos deberían integrar al Kinesiólogo a una comunidad y junto con esta detectar cómo podría ser iniciada la práctica de un DA, describiendo que sucede con el empoderamiento e inclusión de sus integrantes; mientras que otros estudios, deberían focalizarse a desarrollar un entrenamiento funcionalmente óptimo para establecer el DA como una buena estrategia de rehabilitación y fomentar así políticas que lo respalden y financien.

Tras analizar los beneficios que la práctica de bochas generó en sus participantes, creemos que es importante el considerar el DA como una herramienta útil al momento de incluir a PeSD en el ámbito escolar, ya que como observamos en este estudio, la práctica de un DA de forma inclusiva, ayuda a que la sociedad derribe las barreras del prejuicio y la discriminación, motivando la inclusión y ayudando a que puedan empoderarse y lograr enfrentarse al mundo de una manera más segura y exigente en cuanto a sus derechos.

Además consideramos que otras investigaciones relacionadas con la salud también deberían utilizar la metodología cualitativa, ya sea a través la investigación – acción, la fenomenología o el estudio de casos, debido a que las intervenciones generadas por los profesionales de la salud en los sujetos dependen su efectividad del contexto y la realidad de la persona a quien se le realiza, donde los cambios y las necesidades o características específicas de cada grupo no necesariamente son identificados por medios cuantitativos. Es por esto que es necesario dejar claro que la subjetividad con que los sujetos entienden su salud y los cambios que estas intervenciones provocan en ellos, son diversos, múltiples e incomprensibles si no se conoce la realidad del sujeto, por lo tanto, los efectos producidos también serán difíciles de descubrir e identificar. Está situación creemos se ve reflejada en la gran cantidad de estudios que buscan comprender como ciertos tratamientos influyen, ya sea en la CV u otros aspectos, en sus “pacientes” y no encuentran diferencias significativas entre aplicarlas o no, sin embargo, su experiencia les ha

demostrado que estas si generan algún tipo de cambio. Consideramos que muchas veces el error está en no incluir dentro de estos estudios cómo es la perspectiva del sujeto con respecto a este cambio, enfocándonos en test y cuestionarios que definen y establecen previamente que es lo que la persona debería creer importante, pero sin considerar su real visión.

Por otro lado, como una solución para una de las limitaciones presentadas anteriormente, creemos prudente y necesario el realizar investigaciones transdisciplinarias, las que a través del contraste de las miradas y opiniones de distintos profesionales, puedan generar una visión diversa, generalizada y profunda. Con respecto a lo que observamos en nuestro estudio, creemos que para optimizar los beneficios de las actividades de ocio, como el deporte, es esencial que exista una cohesión y comunicación adecuada entre los distintos profesionales, no sólo de la salud, sino también con aquellos que se dedican a las artes, como la música, la pintura y la danza, al deporte, entre otros; para poder crear proyectos de intervención, los que fomenten la participación de las personas con y sin situación de discapacidad, generando grupos de trabajo inclusivos y que busquen mejorar la participación de estas personas en la sociedad, disminuyendo los estigmas y discriminación que existen actualmente.

Finalmente, consideramos que esta investigación permite comprender que si bien a los profesionales de la salud se nos educa sobre discapacidad, es poco y nulo el contacto real que tenemos con ellos durante nuestro pregrado, motivándonos a mantener de forma inconsciente prejuicios y estigmas inestables sobre la capacidad de las PeSD. Es por esto que creemos que debería cobrar importancia el poder relacionarnos, desde nuestra formación, con las PeSD y con las comunidades; y es por este motivo que creemos que sería interesante realizar una investigación de cómo cambia la visión de los profesionales al enfrentarse con ellos cuando aún son estudiantes y, posteriormente, cómo perciben este cambio de visión también las PeSD.

Es así como vemos que aún queda mucho por investigar entorno a la discapacidad, pero, sobre todo, queda un largo camino que recorrer en la manera de entenderla y conceptualizarla, ya que es necesario fomentar y

potenciar las herramientas para lograr una óptima inclusión, pero comprendiendo lo que esto significa. Creemos que debe aumentar la promoción e investigación referida a las actividades de ocio y tiempo libre, ya que al igual que Cuenca (2005) citado por Mejía (2012), consideramos que es el lugar donde podemos reconocer y desarrollar nuestros potenciales, aumentar la afirmación personal y la autorrealización y, principalmente, compartir con los otros, por lo que no hay que entenderlo como un complemento al tiempo o como algo secundario, sino como una necesidad de toda persona para formar parte del contexto social en el que se encuentra. Dentro de este tiempo libre dedicado al esparcimiento y la recreación destacamos la importancia del DA, porque, tal como lo dijo Nelson Mandela, *“el deporte tiene el poder de cambiar al mundo; tiene el poder de inspirar; tiene el poder de unir a las personas de una manera que pocas cosas pueden lograr”* (ONU, 2013).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvarado, A.; Moreno, M.E.; Rodríguez, M.C. (2009). *“Inclusión social y participación comunitaria: Una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad”*. Revista Ciencia y Enfermería, 15 (1), 61-74.
- Arce, S.; Poblete, J.M.; Reyes, M. (2011) *“El Modelo CIF en el Servicio de Kinesiología del Hospital Barros Luco Trudeau: Un enfoque fenomenológico”*.
- Argüelles, D; Nagles, N. (2010). *“Estrategias para promover procesos de aprendizaje autónomo”*. Editorial Alfaomega. Cuarta Edición.
- Atlas.ti Quick Tour. Acceso 13 de Diciembre 2012 en www.atlasti.com
- Batalla, A. (2000). *“Habilidades Motrices”*. INDE Publicaciones.
- Biobio Chile (2013). Acceso 27 de Abril 2013 en www.biobiochile.cl
- Boccia International Sports Federation (BISFed) (2013). Acceso 18 de Febrero 2013 en <http://www.bisfed.com/>
- Botero de Mejía, B.; Pico Merchán, M.E. (2007) *“Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 años: una aproximación teórica”*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24
- Brown, R.I. (1997) *“Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice”*. 2a Edición. Stanley Thornes Publishers.
- Calderón, C. (2002). *“Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario”*. Revista Española de Salud Pública, Septiembre-Octubre Vol. 76n N°5, 473-482, Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- Cárcamo, H. (2005). *“Hermenéutica y Análisis Cualitativo”*. Cinta moebio 23: 204 – 216 Acceso 26 Abril 2012 en www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.html
- Cardoso, V. (2011). *“La rehabilitación de las personas con discapacidad a través de deportes adaptados”*. Revista Brasileira de Ciencias do Esporte. Vol 33 N° 2 Porto Alegre.
- Carrasco, Dimas; Carrasco, David. (s.f.) *“Deportes Adaptados a Discapacitados Físicos”* Universidad Politécnica de Madrid.
- Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). *“El rigor metodológico en la investigación cualitativa”*. Colombia Médica. Vol. 34, 164-167.

- Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association (CPISRA), (2013). Acceso 18 de Febrero 2013 en <http://www.cpisra.org.za/>
- Céspedes, G., (2005). *“La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación”*. Chía, Colombia. Universidad de La Sabana. Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Revista Aquichan, 5(1), 108-113.
- Comité Paralímpico Internacional (IPC). Acceso 18 de Febrero 2013 en <http://www.paralympic.org/Home>
- Díaz, U.; Sanz, S.; Sahonero, M.; Ledesma, S.; Cachimuel, M.; Torrico; M. (2010). *“Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia”*. Ciencia & Saúde Coletiva, 17 (1): 167-177, Publicado 2012.
- Diniz, D.; Barbosa, L.; Rufino, W. (2009). *“Discapacidad, derechos humanos y justicia”*. Revista Internacional de Derechos Humanos, 6 (11), 65-77.
- Echeverría, R. (2005). *“Ontología del Lenguaje”*. Comunicaciones Noreste.
- Egea, C.; Sarabia, A. (2004). *“Visión y Modelos Conceptuales de la Discapacidad”*.
- Esnaola, I.; Goñi, A.; Madariaga, J.M. (2008) *“El autoconcepto: Perspectivas de Investigación”*. Revistas de Psicodidáctica, Vol. 13, Núm. 1, 2008, pp 69 -96.
- Federación Chilena de Bochas (FECHIBO) (conversación personal 22 Enero, 2013)
- Fernandez, J.L., (2008). *“Historia, Discapacidad y Valía”*. Colección Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Ediciones CINCA, Editado por Ledesma, J.A. La imagen social de las personas con discapacidad, 35, pag 177-210. Acceso 16 de Marzo 2013 en <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/attachments/60/Laimagensocialdelaspersonascondiscapacidad.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC). (2005). *“Seminario Internacional:*

- Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas*". Acceso 20 de Marzo 2013 en http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf
- Fuentes, M. (2002). *"Paradigmas en la investigación científica: fundamentos epistemológicos, ontológicos, metodológicos y axiológicos"*. Acceso 5 de Noviembre 2012 en http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_19/a_261/261.htm
 - Golubovic, S.; Maksimovic, J.; Golubovic, B.; Glumbic, N. (2011). *"Effects of exercise on physical fitness in children with intellectual disability"*. Research in Developmental Disabilities 33 (2012) pág. 608–614. Elsevier.
 - González, H.; Sosa, B. (2008). *"Importancia de la Práctica de Deportes en Personas Discapacitadas para Lograr una Mejor Calidad de Vida"*. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Acceso 15 Abril 2013 en www.eumed.net/rev/cccss/02/gcss.htm
 - Goñi, E. (2009) *"El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad"*
 - Goodway, J.; Branta, C. (2003) *"Influence of a motor skill intervention on fundamental motor skill development of disadvantaged preschool children"*. Research Quarterly for Exercise and Sport.
 - Groenewald, T. (2004). *"A phenomenological research design illustrated"*. International Journal of Qualitative Methods, 3 (1). Article 4. Acceso 23 de Abril 2013 en http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/html/groenewald.html
 - Groff, D.; Kleiber, D. (2001) *"Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program"*. Therapeutic Recreation Journal.
 - Groff, D.; Lundberg, N.; Zabriskie, R. (2008). *"Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with Cerebral Palsy"*. Disability and Rehabilitation (2009).
 - Handicap International (2007). *"Fun inclusive! Sports and games as means of rehabilitation, interaction and integration for children and young people with disabilities"*. Handicap International.

- Hannon, Frances (2005). *"Promoting the Participation of People with Disabilities in Physical Activity and Sport in Ireland"*. National Disability Authority.
- Herrera, F. (2003) *"Habilidades Cognitivas"*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada.
- Instituto Nacional de Deportes (IND), Acceso 27 de Julio 2012 en www.ind.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (2012). Resultados CENSO 2012. Acceso 13 Marzo 2012 en www.ine.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (2012). Síntesis de resultados CENSO 2012. Acceso 13 Marzo 2012 en www.ine.cl
- Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC). (2010). *"Guías de Cuidados Básicos de Rehabilitación RBC"*. Acceso 22 de Diciembre 2012 en www.inrpac.cl
- Jiménez, J. (2006). Director del Servicio de Ocio Afandem. "Los Servicios de Ocio para las Personas con Discapacidad Intelectual. Propuesta y Aplicación Práctica de un Modelo Estándar de Servicio de Ocio". Universidad de Alcalá. Departamento de Fundamentos de Economía e Historia Económica. Master en Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales. España.
- Ley N° 20.422. *"Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad"* (2010). Santiago, Gobierno de Chile. Acceso 20 de Marzo 2013 en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010903&idVersion=2013-01-01>
- Lundberg, N.; Bennett, J.; Smith, S. (2011). *"Outcomes of Adaptive Sports and Recreation Participation among Veterans Returning from Combat with Acquired Disability"*. Therapeutic Recreation Journal Vol. 65, Núm. 2, 2011, pp 105 -210.
- Martín, M. y Salamanca, A. (2007). *"El muestreo en la investigación cualitativa"*. Nure Investigación. Vol. 27, 1-4.
- Martínez- Illescas, F.; Martínez, R. (2003). *"La Educación Física y Deportiva en personas con discapacidades motóricas"*. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales.

- Martínez, M. (2006). *“La investigación cualitativa (síntesis conceptual)”*. *Revista IIPSI*. Vol. 9, 123-146.
- Mattevi BS; Bredemeier J, Fam C, Fleck MP (2012). *“Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil”*. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):188–96.
- Maturana, H. (2009) *“La Realidad: ¿Objetiva o Construida? II: Fundamentos biológicos del conocimiento”*. Nueva Ciencia.
- Maykut, P., Morehouse, R. (1999). *Investigación Cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado.
- McCubbin, J. (2003). *“La Importancia del Deporte Adaptado para la actual Rehabilitación Funcional Multidisciplinar”*. En *“La importancia del deporte adaptado en la actual readaptación funcional multidisciplinar”*. Mesa Redonda realizada en Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado (CIDA).
- Mejía, M. (2012). *“El Boccia factor de integración social y su significado en mujeres y hombres adscritos a la liga de parálisis cerebral de Bogotá”*. Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2010) *“Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020”*. Acceso 20 de Abril 2013 en http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_noticias/g_visualizaci on/ temas_semana_6111446.html
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2010). *“Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S. 2010-2014”*. Acceso 20 de Abril 2013 en <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/225/document>
- Montero, E. (s.f.) *“Habilidades Sociales”*. Acceso 20 de Abril 2013 en <http://www.psicologiaclinicaydeldeporte.es/Documentos/Clinica/HHSS.pdf>
- Niort, J. (2003). *“Utilización de la Actividad Física Adaptada en Personas con Discapacidad Psíquica”*. En *“La importancia del deporte adaptado en la actual readaptación funcional multidisciplinar”*. Mesa Redonda realizada en Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado (CIDA).

- Olimpiadas Especiales. (2013). Acceso 27 de Abril 2013 en <http://www.olimpiadasespeciales.cl>
- OMS, WHOQOL Group (1995). “*The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*”. Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. Vol 41, N°10, 1.403-1409.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2006). “*Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*”. Acceso 10 de Febrero 2013 en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ONU (s.f.) “*Disability and Sports*” Development and Human Rights for All. Acceso 10 de Abril 2013 en <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1563#resources>
- ONU (2013). “*Día Internacional por la paz, la democracia y la libertad*”. Mandela, N. Acceso 6 de Junio 2013 en http://www.un.org/es/events/mandeladay/gallery/photo_24.shtml
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). “*CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, Versión Abreviada*”. IMSERSO
- OMS. (2004). “*RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*”. Documento de posición conjunta, 2004. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y Cultura (UNESCO).
- OMS; Banco Mundial. (2011). “*Informe mundial sobre la discapacidad*”. Acceso 21 de Agosto 2012 en http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf
- OMS. (2012). “*Rehabilitación basa en la comunidad: guías para la RBC*”. Acceso 21 de Agosto 2012 de <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>
- Padilla, A. (2010) “*Discapacidad: contexto, concepto y modelos*”, International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional, 381-414

- Parra, C. (2010). *“Educación Inclusiva: Un modelo de educación para todos”*. Acceso 2 de Octubre 2012 en <http://educrea.cl/educacion-inclusiva-un-modelo-de-educacion-para-todos/>
- Ramos, A.; Herrera, J.; Ramírez, M. (2009) *“Desarrollo de Habilidades Cognitivas con Aprendizaje Móvil: un estudio de casos”*. En: Revista Científica de Edocomunicación. Comunicar N°34, V. XVII, 2010. 201-209
- Real Academia Española (RAE). *“Diccionario de la RAE”*. Acceso 25 de Junio 2013 en www.rae.es
- Reigal, R.; Videra, A.; Parra, J.; Juárez, R. (2012) *“Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia”*. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. 2012, nº 22, pp. 19-23.
- Reigal, R.; Videra, A.; Parra, J.L.; Ruíz, R. (2012) *“Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia”*. Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. Núm 22, 2012, pp 19 -23.
- Right to play; ONU (2008). *“Aprovechamiento del poder del deporte para el desarrollo y la paz: Recomendaciones a los Gobiernos”*. Sport for Development and Peace, International Working Group.
- Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). *“Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad.”* Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM. Vol. XV, 133-154.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Salgado, A. (2007). *“Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos”*. Acceso 23 de Marzo del 2013, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Sandín, M.P. (2003). *“Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradición”*. España: Mc Grau Hill.
- Sanz, D.; Ruíz, D.; Pérez, R. (2012). *“Propuesta de Modelo de Inclusión en Federaciones Olímpicas: El Tenis en Silla de Ruedas”*. Gobierno de España. Acceso 6 de Diciembre 2012 en <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/dep-adp/conda2/posters/13->

[PROPUESTA-DE-MODELO-DE-INCLUSION-EN-FEDERACIONES-OLIMPICAS.pdf](#)

- Savater, F. (2010). *“La Aventura de Pensar”*. Editorial Debolsillo. Tercera Edición.
- Schalock, R.; Verdugo, M.A. (2001). *“El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual”*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol 34 (4) N° 224 (2007) 21 – 36.
- Schwartzmann L. (2003) *“Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”* En: Ciencia y Enfermería IX 2003;(2):9-21.
- Sernaglia, Mirella B.(2009) *“Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado”*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile (SENADIS), Ministerio de Planificación de Chile (MIDEPLAN). (2006). *“Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano”*. Acceso 19 de Marzo 2013 en <http://www.senadis.gob.cl /descarga/i/633/documento>
- Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS). (2011). *“Manual sobre la Ley N°20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”*. Acceso 10 de Abril 2013 en <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Manual-sobre -la-Ley-20422.pdf>
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2013). Acceso: 27/4/13 www.senadis.gob.cl
- Shapiro, D.; Martin, J. (2010). *“Athletic identity, affect, and peer relations in youth athletes with physical disabilities”*. Disability and Health Journal 3 (2010) 79-85.
- Silva, C.; Martínez,M. (2007) *“Empoderamiento, Participación y Autoconcepto de Persona Socialmente Comprometida en Adolescentes Chilenos”*. Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2007, Vol. 41, Num. 2 pp. 129-138
- Solari, M. (2010). Asignatura: Investigación Cualitativa. Clases de Cátedra en UMCE.

- Superintendencia de ISAPRES, Gobierno de Chile (2006) *“Estado de salud de beneficiarios del sistema de salud de Chile: 2004 -2005”*. Departamento de Estudios y Desarrollo Enero 2006.
- Tanis, B; Lee, J. (1990) *“Social Skills Training with Learning Disabled Children and Adolescents: The State of the Art”*. [Intervention Research in Learning Disabilities](#), 1990, 263-278
- Tatar, Y. (2010). *“Body image and its relationship with exercise and sports in Turkish lower-limb amputees who use prosthesis”*. Science & Sports (2010) 25, 312—317. Elsevier.
- Torralba, M.A. (2006) *“El Deporte como medio de inclusión social”*. Universidad de Barcelona.
- Urzúa, A.; Caquéo- Urizar, A. (2012). *“Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto.”* En: Terapia Psicológica 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71
- Vásquez, A. (2005). *“Aprender a Convivir con las Diferencias”*. Resumen de la charla presentada por el Asesor Regional de RHB de OPS en el marco del V Congreso Mundial de Educación Inclusiva y I Simposio Internacional de Educación Especial, evento organizado por la Asociación de Educadores de Latinoamérica y del Caribe (AELAV) . Barquisimeto, Venezuela.
- Velarde-Jurado E; Ávila-Figueroa C. (2002) *“Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica”* Mex 2002;44:349-361
- Vidal, J. (2003) *“Adaptación Fisiológica al ejercicio de los Lesionados Medulares”*. En *“La importancia del deporte adaptado en la actual readaptación funcional multidisciplinar”*. Mesa Redonda realizada en Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado (CIDA).
- Weiss, J.; Diamond, T.; Demark, J.; Lovald, B. (2002). *“Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities”*. Research in Developmental Disabilities 24 (2003) 281—305
- Wilhite, B.; Shank, J. (2009). *“In praise of sport: Promoting Sport Participation as a mechanism of health among disability”*. Disability and Health Journal 2 (2009) 116 -127.
- Wilson, P.; Clayton, G. (2010). *“Sports and Disability”*. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 1: 46 – 54.

- Wind, W.; Schwend, R.; Larson, J. (2003) *“Deportes para niños físicamente discapacitados”*. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (Edición Española) (2004).
- Winnick, Joseph (2011). *“Adapted Physical Education and Sport”*. 5ta Edición. Ed. Human Kinetics.
- X Juegos Suramericanos “Santiago 2014”, (2013). Acceso 27 de Abril de 2013 en <http://www.santiago2014.cl/noticia/santiago-2014-lanzo-los-primeros-juegos-parasuramericanos-de-la-historia/>
- Zabriskie, R.; Lundberg, N.; Groff, D. (2005). *“Quality of Life and Identity: The Benefits of a Community – Based Therapeutic Recreation and Adaptive Sports Program”*. Therapeutic Recreation Journal.
- Zucchi, D. (2001) *“Deporte y Discapacidad”*. En “Efe deportes”. Acceso 20 de Noviembre 2012 en <http://www.efdeportes.com/efd43/discap1.htm>

IX. ABREVIATURAS

IX. ABREVIATURAS

ABIS: Escala de Imagen Corporal del Amputado.

AC: Autoconcepto.

AF: Autoconcepto Físico.

AP: Autoconcepto Personal.

APC: Comité Paralímpico de las Américas.

APS: Atención Primaria de Salud.

AS: Autoconcepto Social.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

BisFed: Federación Internacional de Bochas.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.

CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación.

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CEO: Centro de Entrenamiento Olímpico.

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIF: Clasificación Internacional de la Funcionalidad.

COCH: Comité Olímpico de Chile.

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental.

CPISRA: Asociación Internacional de Deportes y Recreación en Parálisis Cerebral.

CSA: Centro de Salud para Adolescentes.

CV: Calidad de Vida.

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

DA: Deporte Adaptado.

DDHH: Derechos Humanos.

DIDECO: Dirección de Desarrollo Comunitario.

ENDISC: Estudio Nacional de la Discapacidad.

EP: Entrevista en Profundidad.

FECHIBO: Federación Chilena de Bochas.

FEPARACHILE: Federación Paralímpica de Chile.

FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad.

HM: Habilidades Motoras.

IND: Instituto Nacional del Deporte.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

INRPAC: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.

IPC: Comité Paralímpico Internacional.

MCC: Método Comparativo Constante.

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación.

MINEDUC: Ministerio de Educación.

MINSAL: Ministerio de Salud.

NEE: Necesidades Educativas Especiales.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organizaciones No Gubernamentales.

OP: Observación Participante.

OPD: Organización de Personas en Situación de Discapacidad.

PC: Parálisis Cerebral.

PeSD: Personas en Situación de Discapacidad.

PLANDISC: Plan de Acción en Discapacidad.

PSD: Personas Sin Situación de Discapacidad.

RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad.

SDQ: Self Description Questionnaires.

SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad.

SF-36: Short Form-36 Health Survey.

SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur.

TO: Terapeuta Ocupacional.

UH: Unidad Hermenéutica.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH/ SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life assessment.

X. ANEXOS

XI. ANEXOS

En esta sección, incluimos los distintos anexos mencionados durante la investigación, que son un complemento para entender tanto la metodología como el contexto donde fue desarrollado nuestro estudio.

1. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Durante el transcurso de nuestra investigación utilizamos cuatro tipos de consentimientos informados. El primero de ellos fue utilizado para informar sobre nuestra investigación y autorizar el ingreso al campo, siendo aceptado y firmado por la Presidenta del Club, permitiéndonos, de esta forma, observar y participar de la rutina de los integrantes.

1.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO INGRESO AL CAMPO



Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
Facultad de Artes y Educación Física.

___ / ___ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, R.U.T. _____, Presidenta del Club de Bochas de El Bosque, estoy al tanto de la metodología y los objetivos de la investigación de las estudiantes de Kinesiología Patricia Ferreira y Javiera Trincado, de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, y accedo a que se realice un investigación de tipo cualitativo con el Club de Bochas de la Comuna de El Bosque para la elaboración de la tesis para optar al título de Kinesiólogas.

Firma Presidenta Club de Bochas

RUT:



1.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Este consentimiento informado se utilizó para explicar el objetivo de la EP y lo que en esta sucedería, autorizando de esta forma a grabar en audio y video, comprometiéndonos a mantener la confidencialidad y privacidad.



Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa”

Lo invitamos a participar en un estudio sobre su experiencia en la práctica de deporte adaptado y cómo ésta ha influido en distintos aspectos de su vida, realizado por las investigadoras Patricia Ferreira y Javiera Trincado, estudiantes del último año de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE, quienes se encuentran haciendo su tesis de grado para optar al título de Kinesióloga, dirigida por el Kinesiólogo Enrique Portales.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Usted al firmar este consentimiento accede a la toma de fotografías, grabación de imágenes y la grabación de las entrevistas. Éstas sólo serán realizadas con el fin de documentar la investigación e impedir interpretaciones erróneas de la información.

La participación es voluntaria, y el participante tendrá el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

Su participación será de gran ayuda para la investigación.

Si desea participar favor llenar el talonario de autorización. (Letra imprenta)

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito anteriormente. Yo _____
voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Patricia Ferreira y Javiera
Trincado sobre _____.

Nombre completo del participante : _____

RUT: _____

Firma: _____

1.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO REVISIÓN ENTREVISTA

Luego de transcribir la entrevista, fue enviada a cada uno de los entrevistados, donde revisaron el contenido y decidieron no modificar el contenido.



Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa”

Mediante este documento, yo _____ confirmo la revisión y modificación del contenido transcrito de la entrevista y acepto su uso para la investigación realizada por Patricia Ferreira y Javiera Trincado estudiantes del último año de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE, quienes se encuentran haciendo su tesis de grado para optar al título de Kinesióloga, dirigida por el Kinesiólogo Enrique Portales.

RUT: _____

Firma: _____

1.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICÓLOGAS

Este consentimiento informado es el que fue firmado por las Psicólogas, comprometiéndose a resguardar la privacidad y confidencialidad de las entrevistas en profundidad y a partir de su experticia, generar un Informe Psicológico de cada uno de ellos.



Fecha: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa”

Mediante este documento, yo _____ me comprometo a mantener la privacidad y confidencialidad del contenido de la entrevista entregada por las investigadoras Patricia Ferreira y Javiera Trincado, estudiantes del último año de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE, y generar un Informe Psicológico a partir de este, con el objetivo de colaborar con quienes dirigen este estudio y se encuentran haciendo su tesis de grado para optar al título de Kinesióloga, dirigida por el Kinesiólogo Enrique Portales.

RUT: _____

Firma: _____

2. GUION DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

A continuación se incluyen los distintos guiones utilizados como apoyo para las entrevistas en profundidad.

2.1. EP – Jugador

Nombre Entrevistado: _____ Fecha: _____
Lugar: _____

(Anexar descripción de la situación y contexto de entrevista.)

Entrevista

Soy Patricia Ferreira y te entrevistaremos con el objetivo de poder obtener información para nuestra tesis llamada "Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa". Esta entrevista será grabada para poder tener la información más precisa y sin posibilidades de mal interpretar tus palabras. Una vez que esta termina, será transcrita y te la podemos enviar. Si existe algo que no te guste puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista.

Tu identidad quedará guardada para nosotros y será reemplazada por una sigla para mantener tu privacidad.

INICIO

_____, para comenzar necesito que primero me digas tu:

Edad: _____

Cuál es tu estado civil: _____

Estudias: _____

A que te dedicas, cuál es tu ocupación?: _____

Con quién vives?: _____

Preguntas

Ahora te haré unas preguntas donde la idea es que me cuentes lo máximo que puedas.

1.- Lo primero que me gustaría que hagas es que hables sobre ti y qué haces en tu vida diaria.

- *Cuéntame ¿cómo es un día normal tuyo?*

Datos importantes: Vida Daria, movilización, limitaciones y restricciones.

- *¿Con qué personas te relacionas diariamente?*

Datos importantes: Definición términos, asociar, comparar y comprobar.

- *¿Qué crees que opinan en tu trabajo/familia/estudios de ti? Cómo crees que te ve la gente?*

- *¿Cómo te consideras como trabajadora/familia/estudios?*

- *Si tuvieras que describirte ¿cómo lo harías? ¿Qué dirías de ti?*

Datos importantes: Comprobar y contrastar en otras personas y otras situaciones.

- *¿Podrías decirme que sientes u opinas sobre ti misma?*

Frases utilizables: Estas satisfecho, sientes que te faltan cosas, te gusta, no te gusta..que te gusta de ti que no?

Ahora quiero hablar un poco sobre el tema de las personas en situación de discapacidad.

2.- ¿Qué opinión tienes tú sobre la discapacidad? ¿Cómo la definirías?

- Preguntar: Tú consideras que tienes _____ (usar su definición)?

- Según lo que me defina decir por ejemplo: Capacidades distintas, dificultades. *¿Cuáles son tus capacidades distintas? ¿Qué dificultades has tenido en tu vida? Me dijiste que tuviste esta enfermedad. Háblame de esto.*

- *¿Consideras que "(tus capacidades o dificultades)" han afectado en influido en tus actividad de tu vida diaria?*

Comparar con día normal, ocupación, familia y contrastar.

- *Antes me contaste que un día normal tuyo era así...¿en qué crees que influye tu _____?*

- *¿Influye al relacionarte con la gente? Cómo crees que los demás ven tu ____ (discapacidad)?*

- *¿Crees que tu discapacidad ha influido en tu forma de ser, ver la vida?*

3.- Preguntas calidad de vida

- *¿Qué consideras tú que es la calidad de vida?*

- *¿Algo más que puedas considerar dentro de esto?*

Objetivo: obtener definición propia de calidad de vida)

- *¿Podrías contarme como es tu calidad de vida?*

- *¿Crees que tu calidad de vida ha variado con el tiempo?*

- *¿A qué crees que se deba ese cambio?*

4.- Cuéntanos sobre tu historia en Bochas.

- *¿Cuándo ingresaste?, ¿porqué?, ¿cómo fue?, ¿cuánto llevas?, ¿por qué sigues viniendo?*

- *¿Cómo es un día normal de bochas? Qué sientes cuando vienes a bochas?*

- *¿Cómo te consideras como Jugadora?*

- *¿Cómo te consideras como compañera y miembro del club. Qué son para ti tus compañeros?*

- *¿Qué crees opinan de ti tus compañeros del club/ de equipo? ¿Qué crees que sienten tus compañeros cuando faltas a bochas?*

- *¿Qué genera en ti el participar en campeonatos?*

- *¿Qué es para ti bochas?*

4.- Antes de entrar a bochas... ¿En qué ocupabas el tiempo que le destinabas a bochas?

- *¿Qué hacía en un día normal? ¿Qué te gustaba?*

- *¿Cómo te sentías haciendo eso(..)?*

- *¿Cómo eras en esa época?*

- *¿Cómo crees que te veían?*

- *Si me dijiste q antes eras así... ¿cambió alguna cosa? ¿Crees que alguno de los aspectos que me dijiste cambió?*

Dato importante: Comparar después.

- *¿Te hubiese gustado hacer más cosas? ¿Por qué no las hacías?*

- *¿Con quienes compartías? ¿Qué hacían?*

- *¿Qué cambios has notado en ti y en tu vida desde que empezaste en bochas?*

Dato importante: Comparar y contrastar.

5.- Después de todo lo que me has contado... ¿Qué ha sido para ti bochas?

Dato importante: Experiencia deporte adaptado e influencia.

6.- Proyectándote al futuro ¿Cómo te ves?

7- ¿Quieres agregar algo más?

Hemos terminado, recuerda que luego de ser transcrita te la podemos enviar para ver si existe algo que no te guste y puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista, además insistir en que tu identidad quedará guardada para nosotros. Muchas gracias por ayudarnos.

2.2. EP – Familiar

Nombre Entrevistado: _____ Fecha: _____

Lugar: _____

(Anexar descripción de la situación y contexto de entrevista.)

Entrevista

Soy Patricia Ferreira y te entrevistaremos con el objetivo de poder obtener información para nuestra tesis llamada "Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa". Esta entrevista será grabada para poder tener la información más precisa y sin posibilidades de mal interpretar tus palabras. Una vez que esta termina, será transcrita y te la podemos enviar. Si existe algo que no te guste puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista.

Tu identidad quedará guardada para nosotros y será reemplazada por una sigla para mantener tu privacidad.

INICIO

_____, para comenzar necesito que primero me digas tu:

Edad: _____

Cuál es tu estado civil: _____

Estudias: _____

A que te dedicas, cuál es tu ocupación?: _____

Con quién vives?: _____

Preguntas

Ahora te haré unas preguntas donde la idea es que me cuentes lo máximo que puedas.

1.- Lo primero que me gustaría que hagas es que hables sobre ti y tu relación con el club de bochas.

Dato importante: que hable de ella y porque va al club de forma escueta.

2.- ¿Qué opinión tienes tú sobre la discapacidad? ¿Cómo la definirías?

- ¿Cómo ha sido tu experiencia con la discapacidad?

Dato importante: historia discapacidad familiar.

- ¿Consideras que esta situación influye en sus actividad de tu vida diaria?

- ¿Cómo crees que se ve tu familiar? Qué crees que cree que opinan sí mismo?

- ¿Crees que influye al relacionarse con la gente?

- ¿Crees que la discapacidad ha influido en su forma de ser, ver la vida?

3.- Preguntas calidad de vida

- ¿Qué consideras tú que es la calidad de vida?

- ¿Algo más que puedas considerar dentro de esto?

Objetivo: obtener definición propia de calidad de vida)

¿Podrías contarme como es la calidad de vida de tu familiar?

¿Crees que su calidad de vida ha variado con el tiempo?

¿A qué crees que se deba ese cambio?

3.- Cuéntanos sobre tu historia en Bochas.

ENTREVISTADO:

- ¿Cuándo ingresaste? ¿Por qué?, ¿Cómo te sentiste?, ¿Cuánto llevas?, ¿Por qué sigues viniendo?

- ¿Cómo es un día normal de bochas?

- ¿Qué sientes cuando vienes a bochas?

- *¿Cuál es tu rol en bochas?*

FAMILIAR:

- *¿Cuándo ingreso? ¿Por qué? ¿Sabes cómo se sintió? ¿Cuánto lleva?*
- *¿Cómo es un día normal de bochas de ella?*
- *¿Cuál crees es su principal motivación?*
- *¿Qué notas en tu familiar cuando viene a bochas?*
- *¿Cómo crees que se considera como jugador?*
- *¿Cómo crees que tu familiar cree que lo ven?*
- *¿Qué crees que genera en tu familiar los campeonatos?*

Luego debemos retomar después dinámica de grupo.

4.- Antes de entrar a bochas... ¿En qué ocupaba el tiempo que le destinaba a bochas?

- *¿Qué hacía en un día normal?*
- *¿Cómo se sentía haciendo eso?*
- *¿Cómo era en esa época? ¿Cómo la veían las demás?*
- *Si me dijiste q antes era así... ¿cambió alguna cosa? ¿Crees que alguno de los aspectos que me dijiste cambió*

Objetivo: Comparar después.

- *¿Le hubiese gustado hacer más cosas? ¿Por qué no las hacía?*
- *¿Con quienes compartía? ¿Qué hacía?*
- *¿Qué cambios has notado en tu familiar y en su vida desde que empezó en bochas?*

5.- Con respecto a la dinámica de bochas, ¿Qué me podrías contar?

- *¿Qué opinas de los entrenamientos?*
- *¿Qué opinas de la organización del Club de Bochas?*

6.- Después de todo lo que me has contado... ¿Crees que Bochas tiene una influencia sobre las personas en situación de discapacidad?

- *¿Crees que influye las bochas en sus habilidades motoras?*
- *¿En qué influye en la forma de verse ellos mismos?*
- *¿En qué crees que influye que sean personas en situación de discapacidad y personas sin discapacidad?*
- *¿Ha tenido algún tipo de influencia en ti el pertenecer al Club de Bochas?*
- *¿Cómo crees que ha influido bochas (o el DA) en sus calidades de vida? ¿A qué se deba ese cambio?*

7.- Proyectando al futuro ¿Cómo ves al Club?

8.- ¿Quieres agregar algo más?

Hemos terminado, recuerda que luego de ser transcrita te la podemos enviar para ver si existe algo que no te guste y puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista, además insistir en que tu identidad quedará guardada para nosotros. Muchas gracias por ayudarnos.

2.3. EP – Monitor

Nombre Entrevistado: _____ Fecha: _____

Lugar: _____

(Anexar descripción de la situación y contexto de entrevista.)

Entrevista

Soy Patricia Ferreira y te entrevistaremos con el objetivo de poder obtener información para nuestra tesis llamada "Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa". Esta entrevista será grabada para poder tener la información más precisa y sin posibilidades de mal interpretar tus palabras. Una vez que esta termina, será transcrita y te la podemos enviar. Si existe algo que no te guste puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista.

Tu identidad quedará guardada para nosotros y será reemplazada por una sigla para mantener tu privacidad.

INICIO

_____, para comenzar necesito que primero me digas tu:

Edad: _____

Cuál es tu estado civil: _____

Estudias: _____

A que te dedicas, cuál es tu ocupación?: _____

Con quién vives?: _____

Preguntas

Ahora te haré unas preguntas donde la idea es que me cuentes lo máximo que puedas.

1.- Qué opinión tienes tú sobre la discapacidad?

- ¿Cómo la definirías?
- ¿Cuál es tu experiencia con la discapacidad?
- Antes me contaste que un día normal tuyo era así... ¿en qué crees que influye tu _____?
- ¿Consideras que "(tus capacidades o dificultades)" han afectado en influido en tus actividad de tu vida diaria?
- Objetivo: Comparar con día normal, ocupación, familia y contrastar.
- ¿Influye al relacionarte con la gente? ¿Cómo crees que los demás ven tu _____ discapacidad?
- ¿Crees que tu discapacidad ha influido en tu forma de ser y ver la vida?

2.- Después de lo que me has contado, me gustaría que me hablaras como consideras que ha sido tu vida.

- ¿Qué es para ti calidad de vida?
- ¿Cómo ha sido durante tu vida tu calidad de vida?
- ¿Crees que bochas ha influido en tu calidad de vida?
- ¿Crees que bochas influye en la calidad de vida de sus jugadores?

3.- Háblanos sobre tu historia con DA y las Bochas como uno de sus precursores en Chile.

- Preguntar por Tipos de deportes practicados, incluyendo fechas
- Objetivo: conocer experiencia.

4.- Cuéntanos sobre tu historia en Bochas y Deporte Adaptado como jugador.

- Sensaciones y Motivación
- ¿Qué diferencia ha tenido las bochas con respecto a los otros deportes adaptados?

5.- Antes de entrar a bochas... ¿En qué ocupabas el tiempo que le destinabas a bochas?

- ¿Qué hacías en un día normal?
- ¿Cómo eras en esa época?
- ¿Cómo crees que te veían?
- ¿Te hubiese gustado hacer más cosas. ¿Porque no las hacías?
- ¿Con quienes compartías? ¿Qué hacías?
- ¿Qué cambios notaste en ti y en tu vida desde que empezaste en bochas?
- ¿Qué te motivó a transformarte en monitor?

6.- Cuéntanos sobre tu ingreso al Club de Bochas de la Comuna de El Bosque.

- ¿Cuál es la relación con el SENADIS?
- ¿Cuál es la relación con la Municipalidad, la OPC y CCR?
- ¿Cuál fue tu motivación?

7.- Según tu experiencia me gustaría que describieras tu visión del Club de Bochas de El Bosque.

- *Dinámica*
- *Rol Presidenta*
- *Jugadores*
- ¿Cuál era tu expectativa al llegar el grupo?
- ¿Qué cambios has notado en los integrantes del Club desde tu llegada?

8.- Después de todo lo que me has contado... ¿Crees que Bochas tiene una influencia sobre las personas en situación de discapacidad?

- ¿Crees que influye las bochas en sus habilidades motoras?
- ¿En qué influye en la forma de verse ellos mismos?
- ¿En qué crees que influye que sean personas en situación de discapacidad y personas sin discapacidad?
- ¿Ha tenido algún tipo de influencia en ti el pertenecer al Club de Bochas?
- Según tu experiencia como monitor: ¿Qué has podido notar?

9.- Proyectando al futuro ¿Cómo ves al Club? ¿Qué le falta?

10.- ¿Quieres agregar algo más?

Hemos terminado, recuerda que luego de ser transcrita te la podemos enviar para ver si existe algo que no te guste y puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista, además insistir en que tu identidad quedará guardada para nosotros. Muchas gracias por ayudarnos.

2.4. EP – Presidenta

Nombre Entrevistado: _____ Fecha: _____
Lugar: _____

(Anexar descripción de la situación y contexto de entrevista.)

Entrevista

Soy Patricia Ferreira y te entrevistaremos con el objetivo de poder obtener información para nuestra tesis llamada “Deporte adaptado y discapacidad: explorando la vivencia desde la mirada cualitativa”. Esta entrevista será grabada para poder tener la información más precisa y sin posibilidades de mal interpretar tus palabras. Una vez que esta termina, será transcrita y te la podemos enviar. Si existe algo que no te guste puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista.

Tu identidad quedará guardada para nosotros y será reemplazada por una sigla para mantener tu privacidad.

INICIO

_____, para comenzar necesito que primero me digas tu:

Edad: _____

Cuál es tu estado civil: _____

Estudias: _____

A que te dedicas, cuál es tu ocupación?: _____

Con quién vives?: _____

Preguntas

Ahora te haré unas preguntas donde la idea es que me cuentes lo máximo que puedas.

1.- Quiero hablar un poco sobre el tema de la discapacidad. ¿Qué opinión tienes tú sobre la discapacidad?

- ¿Cómo la definirías?
- ¿Cuál es tu experiencia con la discapacidad?
- ¿Ha influido tu _____?
- ¿Consideras que "(tus capacidades o dificultades)" han influido en tus AVD? ¿Influye al relacionarte con la gente? Cómo crees que los demás ven tu _____ discapacidad?
- ¿Crees que tu discapacidad ha influido en tu forma de ser, ver la vida?

Ahora quiero que me cuentes un poco sobre El Club de Bochas.

2.- Cuéntame un poco sobre cómo nació el Club de Bochas de El Bosque.

- ¿Cuál fue el rol del CCR?
- ¿Qué rol tiene la Municipalidad? El SENADIS?
- ¿Cómo llegaste a la presidencia?
- Cuéntame un poco como ha sido tu presidencia.
- ¿Cuáles han sido las dificultades?

3.- Me gustaría que me hablaras un poco del grupo de bochas.

- ¿Cuál es la dinámica del grupo?
- ¿Qué dificultades has notado?
- Cuéntame un poco sobre los entrenamientos.
- ¿Qué cambios has notado desde que comenzó el Club en relación a las:
 - Habilidades.
 - Forma de verse ellos mismos.
 - Forma de relacionarse.
 - Otros.

4.- Antes de entrar a bochas... ¿En qué ocupabas el tiempo que le destinabas a bochas?

- ¿Qué hacía en un día normal? ¿Qué te gustaba?
- ¿Cómo te sentías haciendo eso (...)?
- ¿Cómo eras en esa época?
- ¿Cómo crees que te veían?
- Si me dijiste q antes eras así... ¿cambió alguna cosa con bochas?
- ¿Crees que alguno de los aspectos que me dijiste cambió?
- ¿Te hubiese gustado hacer más cosas? ¿Por qué no las hacías?
- ¿Con quienes compartías? ¿Qué hacían?
- ¿Qué cambios has notado en ti y en tu vida desde que empezaste en bochas?

8.- Después de todo lo que me has contado... ¿Crees que Bochas tiene una influencia sobre las personas en situación de discapacidad?

- *¿Crees que influye las bochas en sus habilidades motoras?*
- *¿En qué influye en la forma de verse ellos mismos?*
- *¿En qué crees que influye que sean personas en situación de discapacidad y personas sin discapacidad?*
- *¿Ha tenido algún tipo de influencia en ti el pertenecer al Club de Bochas?*

- *Según tu experiencia como presidenta:*
 - *¿Qué has podido notar?*
 - *¿Crees que tiene una influencia en la rehabilitación?*

9.- Proyectando al futuro ¿Cómo ves al Club? Qué le falta?

- *¿Cómo ves a las bochas en Chile?*

10.- ¿Quieres agregar algo más?

Hemos terminado, recuerda que luego de ser transcrita te la podemos enviar para ver si existe algo que no te guste y puedes pedirnos que lo borremos de la entrevista, además insistir en que tu identidad quedará guardada para nosotros. Muchas gracias por ayudarnos.

3. INFORME PSICOLÓGICO DE ENTREVISTAS

3.1. JUGADOR 1

La entrevistada se caracteriza como una persona capaz de escuchar a los otros, resiliente e independiente. Asume su discapacidad de una manera adecuada, aceptando sus diferencias físicas, acercándose a los otros, en ciertos contextos, desde estas características.

Se visualiza que su capacidad de independencia le ha permitido una mayor integración y participación social en diversos contextos.

Se ve como una persona participativa, amistosa, sociable, impulsiva, más no conflictiva, teniendo la capacidad de expresar abiertamente lo que lo molesta.

El espacio de bochas se instala como un lugar en donde ha podido establecer lazos de amistad, siendo también un espacio que le ha permitido ser más consciente de la importancia de la confianza en sí misma. De esta forma, la seguridad en ella misma se ha visto reforzada. Del mismo modo, el taller de bochas se ha transformado para ella en una instancia de satisfacción personal y grupal, en donde ha podido ser consciente de sus propias capacidades y las de los otros. Por lo tanto, para la entrevistada, bochas es equivalente a un espacio de deporte, recreación y amistad.

Por otra parte, el club de bochas le ha permitido el desarrollo de habilidades sociales y de poder ver este espacio como una red de apoyo, a la que puede acudir cuando ella lo considere pertinente.

Asimismo, la fuerza, la precisión y la concentración son habilidades que ha ido desarrollando y/o mejorando gracias a este taller.

3.2. JUGADOR 2

La entrevistada se conceptualiza como una persona sacrificada, responsable, puntual y comprometida.

Durante la entrevista, en su relato se visibilizan actitudes de autovalencia, posicionándola en una búsqueda constante de autonomía y superación.

Se muestra como una persona persistente y tenaz en lograr los objetivos que se propone.

Muestra especial preocupación por su imagen en términos estéticos e intelectuales.

Intenta darse a conocer constantemente como una persona alegre y le agrada darle aliento a los demás. Es por esta misma razón que elige no demostrar tristeza a las personas, lo que le ayuda a mantener su imagen de autosuficiencia. En este mismo sentido, le agrada que la consideren y ser importante para los otros.

En general establece relaciones interpersonales superficiales de buena calidad, mostrándose como una persona amable, cordial y dispuesta a ayudar a los demás, sobre todo con aquellos que ella considera más desvalidos. Esto tiene directa relación con su necesidad de reconocimiento de los otros que se torna crucial para su crecimiento y su autoimagen.

Le cuesta establecer vínculos estrechos y profundos por el miedo a no ser considerada.

Le otorga gran importancia a su familia y a su círculo cercano en términos de apoyo y reforzamiento.

Es exigente y crítica consigo misma, y se considera una persona enojona, orgullosa y detallista.

En términos concretos, su logro universitario le permitió tener más confianza y seguridad en sí misma, así como también la posibilidad de hacerse respetar y de creer que sus opiniones son importantes.

Se va exigiendo a sí misma de manera constante, poniendo a prueba sus propios límites. A medida que se va dando cuenta de que es capaz de romperlos e ir más allá de ellos, toma conciencia de que a pesar de ser una persona con discapacidad ha podido igualmente obtener logros importantes en su vida, sorprendiéndose a sí misma y fortaleciendo su autonomía y autoimagen.

El club de Bochas es un espacio que le ha otorgado un gran sentido de pertenencia e independencia, lo que le ha ayudado a sentirse y verse como una persona libre. Del mismo modo, Bochas es un lugar conceptualizado como un grupo propio, lejos de su familia. De esta instancia, lo que más rescata es la especial unión que existe entre los integrantes, la preocupación, el apoyo, el respeto y trabajo en equipo.

El equipo humano de este club, se ha convertido en su segunda familia, una familia que a partir de las críticas constructivas y la contención, le ha posibilitado seguir creciendo a nivel personal. Sin embargo, en Bochas no sólo ha encontrado amor y calidez familiar, sino que también ha hallado amor fraternal y de pareja. Debido a su crecimiento y madurez durante toda esta etapa, se ha permitido a sí misma explorar y concretar su sexualidad de pareja.

En el plano deportivo propiamente tal, ocupa el cargo de capitana del equipo, lo que para ella implica una gran responsabilidad, que pese a sus inseguridades es asumida de una manera responsable y con un alto nivel de compromiso. En este sentido, la entrevistada señala que fue elegida por su buen trato, su responsabilidad, el compromiso con el equipo, el incentivo de las buenas relaciones interpersonales y el reforzamiento que les otorga constantemente a sus compañeros, incitando a la confianza en ellos mismos.

Por otra parte, cabe señalar que su participación en este deporte adaptado, la ha situado en un contexto de competencia, en el que se siente representante de su comuna y que a su vez, posibilita el reconocimiento por sus esfuerzos y por los logros más tangibles. Del mismo modo, relata que este espacio le ha permitido apasionarse por el deporte, la vida saludable y el propio cuidado personal, lo que podría asociarse a una mayor preocupación en términos de salud y de imagen.

A nivel motor, alude que el participar en este espacio, le ha permitido un incremento de la agilidad y la precisión. Asimismo tanto la resistencia como la concentración, se han visto acrecentadas, haciendo especial hincapié en esta última, puesto que ha podido percibir la importancia de la focalización en lo que realiza, no sólo en el contexto deportivo sino que también en su vida diaria. En términos prácticos lo anterior le ha permitido un mayor nivel de organización, eficacia y eficiencia, obteniendo mejores resultados, con menos errores y en menos tiempo.

Por lo tanto y según lo anteriormente señalado, la entrevistada considera que Bochas es una instancia para perfeccionarse tanto en términos motores como en términos personales y relacionales. Del mismo modo, es considerado como un espacio de entretenimiento, distensión y compañerismo.

Finalmente es imprescindible mencionar, que el componente humano y el espacio interpersonal que se genera, es una de las variables que influyen directa y crucialmente en su permanencia, compromiso y asistencia en el equipo.

3.3. JUGADOR 3

La entrevistada se considera como una persona sociable, pero tímida a la vez. Se conceptualiza como una persona a la que le cuesta integrarse en un primer momento a las dinámicas sociales, sin embargo, cuando logra sentirse cómoda puede ser ella misma y desenvolverse de mejor manera.

Se considera una persona sincera, directa, que escucha a los demás, categorizándose como una buena amiga. Le agrada compartir con las demás personas, aunque en otros contextos disfruta su soledad.

Se ve como una persona que siempre está contenta, no obstante se considera más bien depresiva, lo que puede observarse en el cuestionamiento constante con respecto a cosas que pudieron haber tenido lugar en su vida y que, sin embargo, no fueron de ese modo.

Se siente sobreprotegida por su familia, pero a la vez coartada en ciertas situaciones y decisiones. Por tanto, ella busca independizarse y sentirse capaz.

Bochas se ha instalado como un espacio de convivencia con otros y de competición, que le pertenece únicamente a ella, dejando a su familia al margen de este. Esto mismo le ha permitido mayor independencia, seguridad, integración en términos sociales, y le ha reforzado la posibilidad de sentirse capaz.

En este espacio, la entrevistada es capaz de mirarse en retrospectiva, pudiendo ver cómo se ha superado como jugadora de bochas. Pone especial acento a la competitividad, haciendo énfasis en cómo han ido mejorando sus habilidades de precisión, concentración y dedicación, señalando que ella categoriza este espacio como una instancia de deporte más que de diversión. Estrechamente relacionado con esto, se destaca el hecho de que ella considera este espacio como un lugar en donde puede defender sus derechos desde la discapacidad, hacerlos valer y situarse como un igual ante los otros.

Otro aspecto a considerar, es que se siente importante en términos relacionales, debido a su capacidad de brindar apoyo a los demás, valorando que en este espacio tiene la posibilidad de compartir con personas que tienen una discapacidad similar a la de ella.

En relación a la calidad de vida, lo conceptualiza como el progresar, el ser mejor día a día y el sentirse feliz con eso, lo que puede estar relacionado estrechamente con el progreso que puede reconocer en ella misma en bochas, pudiendo demostrar al resto estas habilidades.

Todo lo anterior le ha permitido sentirse más segura con ella misma y sentirse capaz, no sólo para sí misma, sino que son características que ella ha podido ir demostrando al resto de las personas, descubriendo, forjando y exhibiendo su proceso de independencia.

3.4. MONITOR

El entrevistado se muestra como una persona activa en relación a la realización constante de actividades del diario vivir, lo que se visualiza particularmente, en el ámbito laboral, debido a la temática de la entrevista.

Si bien la situación de discapacidad en el entrevistado ocurre en su adultez, actualmente este episodio no interfiere mayormente en lo anteriormente señalado, lo que puede ser visualizado en sus actividades laborales actuales y sus proyecciones con respecto al futuro. En este sentido, se considera una persona puntual y responsable.

Le otorga gran importancia a su trabajo, puesto que podría estar estrechamente vinculado al cumplimiento de una concepción del rol masculino asociado al sustento económico y bienestar

material de este núcleo y al sentirse un aporte para los otros. Con respecto a esto último se observan también conductas de cuidado y ayuda a los demás, que podrían estar asociadas con la búsqueda del reconocimiento de estos. En este sentido, un aspecto importante a considerar, es que en el ámbito laboral se desempeña actualmente como monitor de personas en situación de discapacidad, entrenando a aquellos que se encuentran en una situación similar a la de él. De esta forma, se pueden reconocer actitudes de apoyo y contención emocional, con un discurso relacionado con el aliento y el demostrarle al otro, que pese a su situación, se es capaz.

Durante la entrevista relata que su accidente, en un comienzo, tuvo grandes implicancias a nivel personal, teniendo que vivir un proceso de duelo consigo mismo. Sin embargo, señala que no dejó de preocuparse por su aspecto físico, que se constituye como un aspecto central para él, puesto que está asociado al reconocimiento e interés del sexo opuesto.

En relación al deporte adaptado, es posible distinguir la importancia de éste en su rehabilitación, debido a que señala que se constituye como una instancia que le permite adaptarse a la sociedad y esta a él. Asimismo, recuerda haber enseñado bochas a personas en situación de discapacidad en plazas, iniciativa que considera enriquecedora en términos de integración y que facilita la posibilidad de que las personas que no se encuentran en esta situación los vean y conceptualicen como personas capaces. Lo anterior, también podría estar relacionado con un anhelo de reconocimiento de sus capacidades pese a la situación de discapacidad propia, puesto que se pueden dilucidar sentimientos de exclusión social debido a ella, que repercuten directamente con la imagen de sí mismo.

Otro aspecto a considerar es que este tipo de deporte, le permite conocer y sorprenderse de sus capacidades físicas y como éstas se ven incrementadas en la medida en que se realizan más actividades de ésta índole.

Se muestra como una persona sociable y respetuosa, que a su vez, añora admiración y respeto. Esto último se ha visto en ciertas ocasiones dificultado, debido a que si bien le agrada involucrarse con las personas, le cuesta poner límites.

Con respecto al Club de Bochas, en donde actualmente se desempeña como Monitor, rescata la unión de los integrantes, el apoyo económico y emocional, y el respeto por su cargo.

En este sentido, se considera a sí mismo como un buen monitor, en cuyo rol se sitúa como una persona que deposita confianza y respeto por los tiempos de sus entrenados. Lo anterior, se visualiza en su creencia de que cada uno tiene sus propios tiempos para desarrollarse como un buen jugador, así como también, sus propios talentos que deben ser potenciados paulatinamente con perseverancia.

En relación a la calidad de vida, lo conceptualiza como poseer comida, vestimenta y trabajo para vivir, sin grandes lujos, pero al menos una situación que le permita vivir sin preocupaciones mayores. Asimismo, se puede visualizar la importancia en este sentido de sentirse útil y contribuidor de los aspectos precedentemente señalados y a partir de ello, ser reconocido por los otros y específicamente por su núcleo familiar. Esto afecta directamente en cómo él se visualiza a sí mismo, logrando sentirse orgulloso de sí y considerarse una persona feliz. Señala que Bochas es, sin duda, un espacio que fortalece el hecho de sentirse un aporte, potenciando la visión de ser capaz y con ello, posibilitando que sean vistos por su familia como un orgullo.

En términos generales, durante la entrevista se puede visibilizar un discurso a nivel más amplio desde su propia experiencia, aludiendo no sólo a aspectos personales sino que también a aspectos sociales. De esta forma, enfatiza en una crítica hacia la sociedad, como un actor que no está totalmente abierto a aceptar y ver la discapacidad y sus implicancias desde dentro, sino

que como un problema externo del cual no se está involucrado, aludiendo a una cierta falta de empatización y asistencialismo que los sitúa en un papel de víctimas, de “pobrecitos”. Por ello, siente que debe demostrar, que esta situación de discapacidad, no es inhabilitante y que a pesar de esto, el sí es capaz de salir adelante y de seguir siendo el sustento económico de su familia.

Bajo esta lógica, el entrevistado señala que el Club de bochas se constituye como un espacio de rehabilitación, no sólo motor, sino que también considera aspectos personales, emocionales y relacionales, que permiten y potencian la integración del sujeto en la sociedad. Esto porque en cierto sentido al estar en comunidad, les permite ser visibilizados por los otros de una manera distinta, resaltando aquellas aptitudes y capacidades personales.

En términos psicológicos, el espacio afecta directamente en su forma de mirarse, de pasar de la compasión social y personal, a reforzar una imagen más bien activa, en donde el sujeto puede visualizarse como una persona capaz en muchos sentidos. Esto tiene directa relación con los avances en términos motores, aludiendo al aumento de la movilidad de los brazos y las destrezas que pueden llegar a tener en este sentido, en el fortalecimiento de la fuerza en ellos y en las estrategias cognitivas que ponen en práctica para poder llegar a realizar puntos o a coordinarse con el equipo.

3.5. FAMILIAR

A partir de la entrevista realizada a la familiar de una de las integrantes del club de bochas, se puede observar que esta busca de manera constante el reconocimiento de los otros, de forma que los demás puedan visualizarla como alguien distinta de ellos, en tanto que puede pensar y mirar el mundo de una manera única y particular. Por tanto, y a partir de esta búsqueda, ella pretende que el resto de las personas pueda considerarla, reconocerla, escucharla y respetarla, con todas sus características.

Dentro de esto, uno de los puntos fundamentales dentro de su discurso, es el respeto hacia ella y de ella hacia los otros, y también de los otros con sus pares.

Se puede visualizar la importancia de deseo de pertenecer a una familia que le brinde contención y reconocimiento, de modo que le puedan otorgar un espacio en donde ella pueda coexistir y convivir con los demás de forma respetuosa, puesto que ella le da gran importancia a los lazos afectivos que se establecen en las dinámicas interpersonales.

Ella alude a ser valorada como amiga, pero también busca, a su vez, ser valorada en otros ámbitos de su vida.

Se puede observar que la entrevistada expresa que su nivel de autoestima es adecuada, debido a que hace alusión al hecho de aceptarse tal cual ella es. Sin embargo, se considera que ella se encuentra en una etapa de aceptación de sí misma, la cual aún no ha sido concluida, y que, por tanto, se pueden visualizar ciertas contradicciones y falta de consistencia dentro de su discurso.

En relación con el deporte adaptado, se pueden observar diversos beneficios de tipo interpersonal, afectivo y motor. En términos concretos, el espacio de bochas se configura como una familia: por una parte, se reencuentra con su progenitora, generándose una relación de madre-hija, en términos de hacerse cargo de su rol y de preocupación; y, por otra parte, ella establece dinámicas interpersonales con los integrantes del club, en donde puede hallar cariño y calidez, asociándolo al concepto de familia.

Dentro de este espacio, la entrevistada aprende a visualizar a los otros como sujetos diferentes de ella, pudiendo reconocerlos y respetarlos en sus diferencias, obteniendo ella el mismo trato.

De esta forma, es capaz de llegar a relacionarse con el resto, fundamentalmente, desde una dinámica de aceptación y respeto, encontrando el reconocimiento que ella anhela. Gracias a este reconocimiento mutuo y la capacidad de ver a los demás, el respeto llega a ser la piedra angular de sus relaciones interpersonales del club de bochas, estableciéndose, por tanto, este espacio como un lugar en donde ella puede verse a sí misma, reconociendo sus debilidades y fortalezas, y donde puede expresar-se.

Lo anterior le permite sentirse importante y valorada, lo que, finalmente, se transforma en un refuerzo positivo, en donde el apoyo y reconocimiento del resto le proveen de la confianza necesaria para que ella pueda sentirse y autoconceptualizarse como una persona capaz.

Por otra parte, en términos motores, en este espacio ha podido desarrollarse en las habilidades de fuerza y precisión.

Finalmente, y al considerar la conceptualización de la entrevistada con respecto a la calidad de vida, se puede plantear que este espacio ha sido un aporte en este proceso, aprendiendo a aceptarse a sí misma, con virtudes y defectos.

3.6. PRESIDENTA

La presidenta se muestra como una persona interesada y preocupada por el bienestar de los otros.

En relación a la discapacidad apela a la difusión y motivación de los discapacitados y de su familia, y de esto y otros rasgos, se desprende que tiene mucho interés por incluir, motivar y comprometer a los otros. Asimismo se observan como conductas de autonomía, autosuficiencia y perseverancia para salir adelante frente a eventos adversos.

Se evidencia una excesiva preocupación por mantener el control de las situaciones y personas, presentándose como un sujeto que, en sus relaciones interpersonales, establece dinámicas más bien de tipo autoritario y paternalistas. Es una persona estratégica, en pos del beneficio tanto de ella como de las personas de la organización.

Se considera una persona con carácter fuerte que, gracias a su discapacidad, ha aprendido a ser un poco más tolerante y cálida con la gente. Le agrada trabajar para y con otras personas, y se muestra abierta a compartir sus experiencias, buscando que la gente pueda disfrutar las relaciones con otros.

Ha visto su discapacidad como una oportunidad para desarrollar habilidades sociales en términos de relacionarse tanto con gente con discapacidad como gente no discapacitada.

Ella ve bochas como un espacio de amistad, socialización y confianza en cuanto a temas personales. Del mismo modo, es una instancia que posibilita el cuidado entre los miembros de la organización. Se siente importante y necesaria en la organización, viendo esta como una familia que la requiere. Se observa que se identifica con la organización, se siente parte de ella y, a la vez, responsable. Califica este lugar como un espacio en donde todos son iguales, donde existe afecto, siendo un lugar grato y confortable. En este aspecto, también alude a que es un momento en donde se fomenta la escucha, el interés por los otros, la acogida y la diversión.

Por otra parte, considera que los integrantes fortalecen ciertas habilidades que ya poseían y que además aprenden a reconocer otras características que no conocían de ellos mismo, tanto a nivel motriz como a nivel personal y relacional. En relación a las habilidades motoras, considera que bochas permite mejorar la precisión, aprender a concentrarse, fijarse en un punto de vista, y, sobre todo, ejercitar la motricidad de extremidades superiores, permitiendo

incrementar la confianza en ellos mismos. Además, considera que es un espacio en donde se genera compromiso en los miembros y responsabilidad.

Con respecto a la calidad de vida, se refiere a ella en términos más prácticos, en el sentido de que poseer buenas condiciones se relaciona directamente con el tener las necesidades básicas cubiertas, lo que ayudaría a que el discapacitado pueda desarrollarse adecuadamente. También alude a la importancia de la familia, en relación a su compañía, preocupación y dedicación. Adicionalmente, señala que una parte importante de la calidad de vida es que existan espacios de recreación y diversión que fomenten las relaciones interpersonales y el autoconocimiento.

Psicóloga Marcela Guzmán Sánchez

Universidad de Chile

Diplomado en Psicoterapia Constructivista Cognitiva de Adultos (U. de Chile)

Doctorado (c) en Psicoterapia (U. de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile)

Psicóloga Antonella Vega Busco

Universidad de Chile

Diplomado en Psicoterapia Constructivista Cognitiva de Adultos (U. de Chile)

Postítulo en Gestión por Competencia (U. de Chile)

4. IMÁGENES

Para favorecer la forma de comprender el contexto y entender los resultados, consideramos necesario graficar, a través de imágenes, momentos y lugares que ejemplifican cómo es la realidad del Club.

4.1. LUGAR DE ENTRENAMIENTO

a. Colegio Ciudad de Lion

Imagen 11.1. Exterior y Accesos del Colegio Ciudad de Lion.



Imagen 11.2. Pasillos del Colegio Ciudad de Lion.



Imagen 11.3. Canchas del Colegio Ciudad de Lion.



Imagen 11.4. Baños del Colegio Ciudad de Lion.

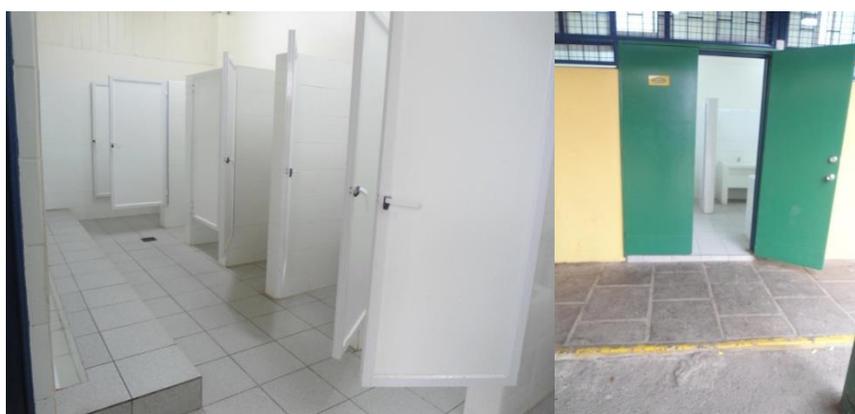


Imagen 11.5. Sala de descanso del Colegio Ciudad de Lion.



4.2. EL CLUB

Imagen 11.6. Miembros del Club.



Imagen 11.7. Transporte del Club.



4.3. DINÁMICA DE JUEGO

Imagen 11.8. Entrenamientos.



En el entrenamiento eran visitados por personas del servicio público como carabineros y concejales, quienes participaban junto a ellos.

4.4. DINÁMICA DE GRUPO

Imagen 11.9. Dinámica grupal dentro del Club.

A.



B.





C.

En estas imágenes se observa que dentro del Club existe una dinámica de apoyo (A), de compartir (B) y de recreación (C).

4.5. CAMPEONATOS

Imagen 11.10. Dinámica dentro de los campeonatos.



4.6. OTROS DEPORTES

Imagen 11.11. Handball en silla de ruedas Club El Bosque.

