

**OFERTA Y DEMANDA EN SERVICIOS DE ACTIVIDAD FISICA EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD MOTORA ADQUIRIDA EN PEREIRA**

**ARQUIMEDES DE JESUS MAZO CASELLES
MARLELLY CIPRIAN DIAZ**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN
2010**

OFERTA Y DEMANDA EN SERVICIOS DE ACTIVIDAD FISICA EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD MOTORA ADQUIRIDA EN PEREIRA

ARQUIMEDES DE JESUS MAZO CASELLES
MARLELLY CIPRIAN DIAZ

Director

CARLOS FELIPE GOMEZ ZAPATA

Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación
Especialista en intervención integral en discapacidad motriz

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN
2010

Nota

Presidente Del Jurado

Jurado

Jurado

Pereira, 2010.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	9
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
2.2 PRODUCTOS E IMPACTOS ESPERADOS	15
2.2.1 Generación de conocimiento o desarrollo tecnológico	15
2.2.3 Fortalecimiento de la capacidad científica nacional	15
2.2.4 Apropiación Social del conocimiento	15
2.2.5 Impactos Esperados	15
2.3 VIABILIDAD	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GENERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. MARCO REFERENCIAL	19
4.1 MARCO CONTEXTUAL	19
4.1.1 Constitución Colombiana derechos de los discapacitados	19
4.2 MARCO TEÓRICO	19
4.2.1 Definición de Mercadeo	19
4.2.2 Potencialidad del mercado	22
4.2.3 Calidad	23
4.2.4 Estudio de mercadeo	24
4.2.5 Necesidades, Deseos y Demandas del Cliente	25
4.2.6 Concepto de Producto	27
4.2.7 Concepto de marketing	27
4.2.8 Modelo simple de del proceso de marketing	27
4.2.10 Mercado Estratégico	29
4.2.11 Promoción	31
4.2.12 Discapacidad Motriz:	31
4.2.13 Principales causas y enfermedades de la discapacidad motriz	32
4.2.14 Adquiridas (infecciosas, accidentes, traumas, osteoarticulares, musculares)	32
4.2.15 Secuelas de fracturas, adquirida, traumas y accidentes	39
4.2.16 Lesión a nervios y arterias. Nervios	41
4.2.17 Problemas de unión en las fracturas	41
4.2.18 De origen Hereditario	43
4.2.19 De origen circulatorio y neurológico	45
4.2.20 Tipos de discapacidad	46
4.2.21 Manifestaciones	47
4.2.22 Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía	47
4.2.23 Discapacidad física	48
4.2.24 Causas	49
4.2.26 Enfermedades crónicas	49
4.2.27 Actividad física en Discapacitados	50
4.2.28 Ante la discapacidad, es el título del autor: Demetrio Casado	51
4.3 ESTADO CIENTÍFICO ACTUAL	58

5. METODOLOGÍA	60
5.1 DISEÑO E HIPOTESIS	60
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	60
5.4.1 Prueba piloto en Pereira (Colombia)	63
5.5 EVALUACIÓN BIOETICA	63
5.6 PLAN DE ANÁLISIS	63
6. ANALISIS DE RESULTADOS	64
7. DISCUSIÓN	77
8. CONCLUSIONES	80
9. RECOMENDACIONES	81
ANEXOS	82
Anexo A:	82
Encuesta para instituciones	82
Anexo B:	84
Encuesta para discapacitados	84
10. BIBLIOGRAFIA	88

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objeto, determinar la oferta y la demanda de actividad física en personas con discapacidad motora adquirida en la ciudad de Pereira. Ayando a identificar las entidades que intervienen este grupo de personas, una es la Secretaria Municipal de Deportes y recreación del municipio de Pereira, esta ubicada en el parque metropolitano del café, otra es la Secretaria Departamental de Deporte, recreación y cultura del departamento de Risaralda, que atiende en las oficinas de la casa del Deporte ubicada en la villa olímpica, de las privadas esta la Fundación Acción Motora que presta el servicio en la comuna Villa Santana mas específicamente en el barrio las brisas y Asodiris que es la asociación de discapacitados de Risaralda que las realiza en las piscinas de la villa olímpica. Por otra parte de las 205 personas en situación de discapacidad que realizan actividad física solo se encuestaron 48 personas en situación de discapacidad motora, de ellas la mayoría pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, y están distribuidas de la siguiente forma; 15 personas en el sector de cuba y 23 en la zona centro de Pereira, estas personas fueron escogidas aleatoriamente para la aplicación de la encuesta.

Por otra parte, para los autores la discapacidad se concibe como aquella disfunción que no sólo limita físicamente, si no psicológicamente a las personas que lo padecen; además en el aspecto sociocultural, ya que entran en un proceso de no aceptación de su condición y se exponen a una discriminación social. La mayoría de estas personas según la investigación, han adquirido la discapacidad a razón de accidentes y otros a causa de enfermedad. Finalmente es importante mencionar que la población afirma que las entidades encargadas promocionan muy poco los servicios o no los dan a conocer, he aquí que la escasa divulgación del servicio hace más difícil el problema. Es entonces como se considera que la pronta solución de este tipo de dificultades, podría ser el punto de apoyo para que las personas en situación de discapacidad, encuentren beneficios y un mejoramiento de la calidad de vida.

Palabras claves: Discapacidad, oferta, demanda, servicios de actividad física.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Encontrar que instituciones en la actualidad, prestan algún servicio en deporte o recreación y conocer ¿cuál es la oferta y demanda de servicios de actividad física para la población con discapacidad motora adquirida en Pereira? Es el tema central de la investigación, y a través de este estudio se puede tener una aproximación más segura de la problemática que involucra a este sector de la comunidad. Ya que pueden faltar oportunidades de oferta, en el tema para dicha población, convirtiéndose ésta, en un aporte importante como medio de la rehabilitación social y de bienestar para las personas con limitación motriz.

En la actualidad la discapacidad afecta tanto a niños, jóvenes y adultos, disminuyendo sus posibilidades funcionales, entendiendo esta como la limitación de movimientos del cuerpo. En este caso su vínculo con la comunidad es de difícil acceso. Como quiera que sea hacen parte de ese círculo social al cual están sometidos, aislándolos sin intención, por eso se deben incluir en un programa de actividad física con procesos de promoción de estas actividades, como normalmente podría disfrutarlo una persona del común, con igualdad de oportunidades.

Aún para los actuales gobiernos es difícil establecer cuál es la realidad de estas personas, en cuanto a cobertura y oportunidades a la hora de poder disfrutar de una actividad deportiva, como lo harían los individuos que están facultados o posibilitados para hacerlo.

Así mismo, identificar las limitantes actuales de la oferta y la demanda en servicios de actividad física o de deporte, para los discapacitados del municipio de Pereira es el propósito de esta investigación. Se puede observar que en el medio existe un porcentaje invisible de la población, que tiene alguna limitación motriz, notándose una deficiencia de los servicios hacia la actividad física, terapéutica o rehabilitadora.

Incluso desde la perspectiva de la problemática y a través de la investigación, puede haber una notable diferencia entre las personas que tienen oportunidad de participar en algún tipo actividad deportiva y las que no hacen, que son motivo de preocupación.

Es evidente que las pocas personas que tienen esta ventaja de pertenecer a algún programa de actividad física y deporte, son individuos que desarrollan, habilidades, destrezas, capacidades psicológicas y aumento de autoestima; convirtiéndose útiles lo cual es un logro significativo como aporte a la sociedad.

2. JUSTIFICACIÓN

El interés de esta investigación es identificar, que necesita y desea la población para practicas deportivas o de rehabilitación y además revelar la cantidad de personas con discapacidad motriz que represente la magnitud de quienes utilizan o no, un servicio de actividad física, y en esa dirección saber que factores o circunstancias impiden el desarrollo de estas actividades de mercadeo como: la promoción, la calidad, y el marketing, además relacionar el comportamiento de los consumidores que son la demanda y la oferta que existe por parte de las instituciones públicas y privadas en el mercado de servicios de actividad física de usuarios en situación de discapacidad física.

“El tema de la discapacidad conocida como aquella, que no solo trata simplemente una condición médica, sino que es más bien el resultado de la interacción entre impedimentos físicos, mentales o sensoriales, la cultura, las instituciones sociales y los medios físicos. En otras palabras, las personas que sufren limitaciones físicas o mentales suelen ser discapacitadas no debido a una condición diagnosticable, sino porque se les niega el acceso a la educación, a los mercados laborales y a los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y en un círculo vicioso, la pobreza conduce a mayor discapacidad debido a que aumenta la vulnerabilidad de las personas ante la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida y de trabajo inseguras”¹.

En ese sentido es necesario brindar a esta población la oportunidad de vincularse a los servicios que ofrecen las instituciones deportivas del Municipio, de manera que tengan acceso a las instalaciones acondicionadas por las entidades, para la práctica del deporte como una actividad física que contribuye al desarrollo integral al cual estas personas tienen derecho, ya que “son titulares de los mismos derechos fundamentales que el resto de los ciudadanos”²

De manera que no solo se debe tocar este tema en el sentido de los derechos humanos sino en términos de dignidad, y en lo social pues esto afecta a varios países reflejándose en pobreza y desigualdad: “gran número de personas discapacitadas se encuentran viviendo en situaciones de pobreza extrema en comparación con los ciudadanos no discapacitados”³

¹ PHIL, Ha. El Banco Mundial y la discapacidad. Marzo, 2005. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm>

² Primera reunión del comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. CEDDIS /doc.21/07. Panamá, República de Panamá

³ Soles de Buenos Aires, Asociación Civil "Destinada a la Rehabilitación, Promoción e Inserción de Personas con Discapacidad" Res IGJ 1117. Casafoust 641 PB1 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.solesdebuenosaires.org.ar/quienes.html>

“En economía, oferta se define como la cantidad de bienes o servicios que los productores están dispuestos a ofrecer a un precio y condiciones dadas, en un determinado momento.”⁴

Es por eso que se debe atender la realidad de la discapacidad, ofreciendo alternativas de integración social para la rehabilitación psicológica y funcional por medio de ofertas institucionales como el deporte, la recreación y la actividad física como medio facilitador de inclusión de programas que estén disponibles por medio de las instituciones.

“La proporción entre los usuarios reales y los usuarios lógicos o potenciales puede averiguarse y adoptar medidas para convertir en usuarios reales al mayor número posible de usuarios lógicos.”⁵

Para encontrar la cantidad de personas afectadas por el problema de la discapacidad en el municipio, se estudió a través de un análisis de registro, el total de discapacitados vinculados en las instituciones promotoras del deporte como la Secretaria Municipal de Deportes y Recreación, y otras que se encuentren trabajando en ese tipo de servicios. El interés del estudio es observar cómo se comporta el mercado o cómo influye directa o indirectamente en los clientes reales para que se vuelvan potenciales beneficiarios en relación con la oferta en servicios de actividad física.

Cuando una institución vende y ofrece productos o servicios asume el compromiso de satisfacer en lo posible las necesidades del cliente a través de diferentes canales de distribución como la publicidad; en este caso parece que estuviera ausente la penetración para este tipo de consumidores, porque muchas de estas personas no se encuentran disfrutando de esta atención. Del mismo modo es indispensable saber si el usuario recibe el bien o el servicio con calidad y en condiciones favorables de costos y oportunidades y medir el nivel de satisfacción del cliente.

Además el efecto positivo de estas oportunidades, tendría varios beneficiados para esta población y sus familias, ya que se favorecen porque hacen parte del mismo núcleo familiar. No se debe olvidar que este grupo de personas pertenecen a una sociedad que busca vivir bien y con todos los beneficios que brinda el Estado en materia social.

“Las personas con discapacidad reclaman la igualdad de oportunidades y de acceso a los recursos sociales, como, por ejemplo. El trabajo, una educación integradora, el acceso a las nuevas tecnologías, los servicios sociales y sanitarios, el deporte y actividades de ocio, y a productos, bienes y servicios de consumo”⁶.

⁴ AQUINO, Rita y cols. La oferta y la demanda. Investigación y ejercicio. Venezuela. Sitio de internet. disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55/investigacion-oferta-demanda/investigacion-oferta-demanda.shtml>.

⁵ POPE, Jeffrey L. Investigación de mercados. Editorial: Norma. Bogotá. (2002). p.7-11

⁶ CEDDIS. Op. Cit.

2.2 PRODUCTOS E IMPACTOS ESPERADOS

2.2.1 Generación de conocimiento o desarrollo tecnológico

PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Cantidad de personas con discapacidad motriz , que no se benefician de algún tipo de actividad física	Encuestas realizadas	Las personas con este tipo de limitaciones y las instituciones encargadas de ofrecer estos programas.

2.2.3 Fortalecimiento de la capacidad científica nacional

PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Profesionales capacitados En investigación en el tema.	Estudiantes participantes	Estudiantes, la UTP y población estudiada.
Mayor consolidación de la línea de investigación en discapacidad motora	Nueva investigación realizada en la línea	La línea y UTP.

2.2.4 Apropiación Social del conocimiento

PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
socialización del trabajo	Trabajo escrito	Los diferentes instituciones encargadas de trabajar con esta población
Cantidad de personas que no están institucionalizadas	Número personas	Los interesados en conocer la problemática de la población (investigadores, docentes e instituciones).

2.2.5 Impactos Esperados

IMPACTO ESPERADO	PLAZO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS
Determinar nivel de atención en la población con discapacidad física.	Mediano	Número de personas atendidas por la institución y número de instituciones que atienden las personas.	El estudio mostrara las necesidades reales de la población
Posicionamiento nacional en discapacidad y la línea de investigación	Mediano	Reconocimiento de instituciones a nivel nacional	Las instituciones públicas y privadas apoyen la línea de

2.3 VIABILIDAD

La obtención de estos datos pueden ser viables, ya que se cuenta con los medios para la realización de la investigación, de todas formas hay que complementarlo con otros estudios. Hasta el momento se cree que se cuenta con las base de datos del la Secretaria municipal de deportes y del DANE para tener una radiografía de la actualidad de las personas que participan de los programas deportivos y de actividad física ofrecidos por este organismo y conocer por el momento la realidad a través de la complementación con diferentes fuentes como, los clubes, las organizaciones o fundaciones entre otros.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la oferta y la demanda de servicios de actividad física para personas con discapacidad motriz adquirida en Pereira.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la cantidad de beneficiarios que tienen servicios de actividad física.
- Encontrar la relación entre la oferta y necesidades de la población.
- Establecer el tipo de programa que ofrece cada institución.
- Identificar las causas por las cuales las personas con discapacidad no están adscritas a un programa de actividad física.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONTEXTUAL

En el entorno Legal encontramos La Ley 762 del 2002 la cual dice:

“Reafirmando que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano”⁷

4.1.1 Constitución Colombiana derechos de los discapacitados: “ARTÍCULO 1o. Los principios que inspiran la presente Ley, se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.”⁸

Esto quiere decir que aquellas personas con todo tipo de discapacidad estarán amparadas por el Gobierno, cubriendo todas sus necesidades sociales y las demás habidas.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Definición de Mercadeo

“Un proceso social y administrativo por medio del cual los individuos y los grupos obtienen lo que necesitan y desean mediante la creación y el intercambio de productos y valores con otros”⁹

“Es un sistema de actividades mercantiles proyectado para planear, establecer precios, promover, y distribuir algo de valor, que satisfaga deseos, tanto de consumidores domésticos como de usuarios industriales.”¹⁰

⁷ Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad Guatemala. (1999). En: Diario Oficial No. 44.889, de 5 de agosto de 2002, Colombia.

⁸ Ibíd., Diario Oficial No. 44.889.

⁹ KOTLER & amp; Armstrong. Fundamentos de Marketing. Pearson Education. Octava Edición. México 2008. Pag.6

¹⁰ CÉSPEDES, Alberto. Principios de mercadeo. Ecoe Ediciones. Cuarta Edición 2005. Pag. 11

4.2.1.1 Segmentación del mercadeo

- Proceso de tomar el mercado total, heterogéneo para un producto o servicio y dividirlo en varios submercados o segmentos, cada uno de los cuales es homogéneo en todos sus aspectos.
- Practica orientada al consumidor. Pueden lograrse cambios en el producto o con estratos específicos para cada segmento.¹¹

4.2.1.2 Métodos de segmentación

Segmentar el mercado ya sea demográficamente por edad, sexo, educación, factores culturales, factores étnicos, etc.; geográficamente como población, región, zona, barrio, manzana, calle y carrera, spicograficamente, por costumbres, experiencias comunes y de aprendizaje, actitudes, intereses y opiniones.

- **Por beneficios:** volumen de consumo, proceso de decisión, valor unitario y segmentación por volumen como la distribución por tipo de canal. El objetivo es crear un nicho de mercados(es decir, ser líder) para controlar mas fácilmente su mercado. Cuando se segmenta el mercado, se reconoce que esta formado por grupos distinguibles conformado por clientes con diferentes necesidades, formas de comprar y diferentes reacciones a la oferta.
- **Posición del mercado:** Seleccionar un patrón específico de concentración de mercado, que le permita maximizar sus oportunidades, porque la empresa no puede estar en todas partes, por eso debe buscar un segmento que sea atractivo. Ejemplo: donde no haya mucha competencia, segmento subexplotado y segmento insatisfecho.
- **Estrategias de penetración de mercado:** en esta estrategia hay que tener en cuenta las variables controlables del mercado, las 4p, producto, precio, punto de venta, promoción, pero siempre pensando que de acuerdo al tipo de cliente dependerá la estrategia del mercado y el nivel del consumidor.
- **Estrategias de oportunidad:** la promoción debe empezarse en le tiempo exacto para tener éxito. Se debe realizar un control estratégico permanente y continuo en cada uno de los organismos involucrados o comprometidos en el logro de los objetivos.¹²

4.2.1.3 Bases para la segmentación

¹¹ Ibíd., p. Pag. 60.

¹² Ibíd., p. Pag. 60.

Es muy importante segmentar el mercado totalmente, y una de las maneras de hacerlo es dividirlo en últimos consumidores y usuarios industriales, teniendo como criterio para ambos el motivo de compra.

Los últimos consumidores compran y usan productos o servicios para el uso personal, para su familia o para el hogar; todas estas necesidades están apartadas de sus negocios y forman e mercado del consumo.

4.2.1.4 Segmentación geográfica: Consiste en separar los mercados, en que se quiere o se puede operar, por regiones escogiendo aquellas en las que se puedan obtener mayores utilidades. Por ejemplo: región norte, región occidente, etc.

4.2.1.5 Segmentación demográfica: Con este tipo de segmentación las empresas tratan de distinguir grupos por criterios como. Edad, sexo, tamaño de la familia, ingresos, ocupación, educación, ciclo de vida familiar, religión, nacionalidad, o clase social. Esta forma de segmentación ha sido de las bases más populares. Una de las razones es que una de las razones es que las variaciones en las necesidades, los deseos y los índices de utilización de los clientes, a menudo están estrechamente relacionadas con las variables demográficas.

4.2.1.6 Segmentación psicografica: Se divide a los compradores en diferentes grupos, según su estilo de vida o las características de personalidad. Las personas del mismo grupo demográfico pueden tener características psicográficas muy diferentes. Los Mercadólogos están segmentando cada vez más los mercados según el estilo de vida del consumidor. Mide la calidad de vida.¹³

4.2.1.7 Beneficios de la segmentación

“La segmentación de mercado está orientada al cliente y, por esa razón, es compatible con el concepto de marketing. Al segmentar, primero identificamos las necesidades de los clientes dentro de un submercado y luego decidimos si conviene diseñar una mezcla de marketing para satisfacerlas. Aplicando al estrategia de segmentación del mercado, Este está en condiciones de diseñar productos que correspondan a las necesidades de un grupo específico. También la publicidad será más eficaz, y aquel so mensajes promocionales y los medios de comunicación con que se difunde, pueden ser dirigidos a un segmento particular del mercado.”¹⁴

La segmentación esta dirigida a una población especifica que manifiesta necesidades, y a la vez deseos de la adquisición de un producto o un servicio que se cubra satisfactoriamente que este al alcance en cuanto a costo medios para acceder a la prestación, en este caso la actividad física.

¹³ *Ibíd.*, p. Pag. 61-62.

¹⁴ *Ibíd.*, p. Pag. 64-65.

4.2.2 Potencialidad del mercado

Al intentar medir las posibilidades de un mercado para un producto es esencial conocer le volumen total del consumo del producto, el consumo por habitante, y la parte que corresponderá a la compañía particular de que se trate en las ventas totales.

- La proporción entre los usuarios reales y los usuarios lógicos o potenciales puede averiguarse y adoptar medidas para convertir en usuarios reales al mayor número posible de usuarios lógicos.¹⁵

El consumidor, esta sujeto a situaciones del mercado donde debe escoger lo que hay pero la idea es que tenga mas alternativas de escogencia y diversidad satisfaciendo las necesidades y deseos de ahí que se convierta en un cliente real a un cliente potencial.

4.2.2.1 Investigación de Mercado.

Para tener una idea aproximada de la actualidad del número de personas que están por fuera o dentro de una institución que ofrezca servicios en actividad física o deporte, debemos hacer un análisis sobre la teoría de mercadeo: “El mercadeo comprende todas las funciones de un negocio que intervienen en el movimiento de los bienes y servicios del producto al usuario. En otras palabras, el mercadeo consiste en llevar el producto indicado al punto de venta preciso y dejar que le consumidor lo sepa a través de la promoción.”¹⁶

Encontrar las dimensiones teóricas que se manejan y que están inmersas en temas como: servicios, oferta, demanda, calidad y promoción.

Las instituciones deben tomar como herramienta el mercadeo para obtener información necesaria. Y así establecer las diferentes políticas, objetivos, planes y estrategias adecuadas para ofrecer alternativas de fácil vinculación a programas de actividad física para personas en situación de discapacidad.

“La investigación de mercados es el diseño, obtención, análisis, y comunicación sistemática de los datos y resultados pertinentes para una situación específica de marketing que afronta la compañía.”¹⁷

A través de este instrumento se evaluará igual las debilidades y fortalezas, de oferta y demanda en actividad física para personas con discapacidad motriz. Después se opta por tomar los correctivos y el análisis para saber qué pasa, en consecuencia que no se recibe este servicio.

¹⁵ *Ibíd.*, p. Pag. 11.

¹⁶ *Op. Cit.*, POPE, Jeffre L. p.7-11

¹⁷ KOTLER, Philip. *Mercadotecnia*. 3ªEd. Prentice Hall. 1986. p.83-116

4.2.3 Calidad

“Teniendo en cuenta que desde la constitución política de Colombia, en el artículo 209 se establece que: *La función administrativa estará al servicio de los intereses generales, se determino como un factor estratégico la calidad , cuyo objetivo es dar cumplimiento a este precepto, entendiéndose que la calidad es un filosofía de trabajo que consiste en satisfacer permanentemente las necesidades y expectativas de los usuarios, y que se mide por el nivel de satisfacción del cliente, que aspira a recibir el bien o servicio en condiciones favorables de costos y oportunidades*¹⁸

El usuario en este caso debe tener un óptimo servicio y más aun cuando se trata de personas en situación de discapacidad, porque en la realidad ellos se enfrentan a barreras que impiden el libre desarrollo social y en desventaja con relación a las sanas.

4.2.3.1 La Gestión de la calidad

“El objeto de la gestión de la calidad es la identificación y satisfacción de las necesidades y expectativas reales o potenciales de los clientes o usuarios, que son un tipo de requisito, con respecto a productos o servicios que tiene una especificaciones técnicas y son otro tipo de requisito, para establecer características de calidad desde lo objetivo y lo subjetivo.

Los sistemas de gestión de calidad es la calidad son un mecanismo organizacional que permite establecer políticas y objetivos en función de mejoramiento continuo en lo relacionado con la calidad; para implementar éste se requiere del impulso decidido de la dirección. En dicho proceso es imprescindible la información generada por las diferentes fuentes y medios, propios de la infraestructura de información que posee la organización. Es la alta dirección de la empresa la primera que ha de sensibilizarse, motivarse, convencerse y decidirse a realizar los cambios necesarios en materia de política en la organización. También es indispensable que todos en la organización, desde la alta dirección hasta el personal operativo, se identifiquen con gestión de la calidad.

El cambio de la filosofía de la gestión implica el paso de los requisitos del cliente al primer nivel de importancia, entre los considerados, al momento de diseñar o planear, fabricar o desarrollar y vender o prestar los productos y servicios.

¹⁸ GARCÍA, John Enrique; RIOS, María Olga. Hacia un sistema de gestión de la calidad, en el programa 100% Familiar del Centro de Extensión del Instituto Universitario de Educación Física de la Universidad de Antioquia. Trabajo de grado de especialización. Medellín. (2006). p.24. Internet en línea. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/037-hacia.pdf>.

Sin la información de calidad, sin los datos y conocimientos necesarios, es imposible gestionar calidad, como la gestión de la calidad busca una mejora continua a nivel de toda la organización, es fácil comprender la importancia de la información para todos los involucrados. El suministro de la información, con una fuente e acción formativa, se realizará en diferentes áreas, entre las que se identifican los principios que orientarán la gestión y la operatividad de la organización, la necesidad el proceso debido a su contribución al desarrollo y la competitividad de la organización, los procesos diseñados para controlar la calidad en la organización, la implantación, evaluación y seguimiento de los procesos.

La introducción de las ideas y principios de la gerencia de calidad provocó una revolución y en la filosofía de la administración. Ella incluye la planificación estratégica, la asignación de recursos, las operaciones y las evaluaciones relativas a la calidad. Su práctica está dirigida a diseñar y generar servicios y productos siempre satisfactorios para el cliente. La aplicación de la gestión de la calidad, de sus parámetros evaluativos y de sus exigencias deben realizarse de forma global y no fragmentada, si se entiende que la calidad es una resultante integradora de la gestión de la información y del conocimiento, de los negocios/actividades de la organización, de las funciones, de todos sus integrantes”¹⁹

Se toma el tema de gestión de calidad sabiendo que el cliente es la prioridad en cuanto a la utilización de un servicio de actividad física, donde este tiene muchas expectativas sobre un excelente servicio en cuanto a orientación de determinada práctica. De este modo tratar de satisfacer la demanda real de necesidades que tiene el usuario. Para cumplir con el tema de la gerencia en calidad, es vital que se promocióne por diferentes fuentes informativas y medios, la divulgación de los programas que se ofrecen en instituciones dedicadas a promover la vinculación hacia los programas de rehabilitación física, esto se puede cumplir en la medida en que se generen estrategias operativas para la consecución de los objetivos de las entidades sean o públicas o privadas.

4.2.4 Estudio de mercadeo

“Es la función que vincula a consumidores, clientes y público con la persona que hace el mercadeo a través de la información, la cual se utiliza para identificar y definir las oportunidades y problemas de mercado; para generar, depurar y evaluar las medidas de mercadeo y para mejorar la comprensión del proceso de mismo.

Dicho de otra manera, el estudio de mercadeo es una herramienta de mercadeo que permite y facilita la obtención de datos; resultados que de una u otra forma serán analizados, procesados mediante herramientas estadísticas y así obtener

¹⁹ Ibíd., p. 24-25.

como resultados la aceptación o no y sus complicaciones de un producto dentro del mercado.²⁰

A través de la investigación sobre oferta y demanda en servicios de actividad física para personas con discapacidad motora adquirida, se buscará conocer si lo que brindan las instituciones suple las necesidades que son bastante amplias teniendo en cuenta que esta población es especial en cuanto al trato y forma de ofrecer un servicio con todas las garantías y calidad.

4.2.5 Necesidades, Deseos y Demandas del Cliente

El concepto más básico en que se apoya el marketing es el de las necesidades humanas. Las necesidades humanas son estados de carencia percibida. Incluye necesidades básicas de alimento, ropa, calor y seguridad; necesidades sociales de pertenencia y afecto, y necesidad individual de conocimiento y autoexpresión. Los mercadólogos no inventaron estas necesidades son un componente básico del ser humano.

Los deseos son la forma que adoptan las necesidades humanas moldeadas por la cultura y la personalidad individual. Los deseos son moldeados por la sociedad en que se viven y se describen en términos de objetos que satisfacen necesidades. Cuando los deseos están respaldados por el poder de compra, se convierten en demandas. Dados sus deseos y recursos, la gente demanda productos cuyos beneficios le producen la mayor satisfacción.²¹

- **Oferta**

La oferta se define como la cantidad de bienes o servicios que se ponen a la disposición del público consumidor en determinadas cantidades, precio, tiempo, y lugar para que, en función de estos, este los adquiera. Así, se habla de una oferta individual, una de mercadeo y una total.

- **Demanda**

La demanda se define como la respuesta al conjunto de servicios, a un cierto precio a una plaza determinada y que los consumidores están dispuestos a adquirir en estas circunstancias. A mayor volumen de compra se debe obtener

²⁰ MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David. Estudio de mercado para el programa 100% familiar del centro de extensión del Instituto Universitario de educación física de la universidad de Antioquia. Internet en línea. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/164-estudio.pdf>.

²¹ Op. cit., KOTLER & amp; Armstrong. p.6

un menor precio. Es bajo estas circunstancias como se satisfacen las necesidades de los consumidores frente a la oferta de los vendedores.

Clases de demanda:

- Demanda rígida. Cuando la cantidad demandada varía poco al modificarse el precio.
- Demanda normal. Es aquella que decrece cuando se incrementa el precio.
- Demanda inelástica. Es la que se modifica poco ante una alteración del precio.
- Demanda elástica. La cantidad demandada aumenta cuando el precio sufre una pequeña reducción,
- Demanda constante. Se caracteriza por un nivel de ventas casi regular durante el periodo considerado.
- Demanda decreciente. Toda organización afrontará tarde o temprano una demanda decreciente para uno o más productos; ejemplo: las iglesias - feligreses; universidades privadas – inscripciones.
- Demanda irregular. Es la demanda que varía por temporada, por día o por horas; ejemplo: museos y parques (sábados y domingos, llenos; en semana, vacíos).²²

- **Servicio**

Los servicios son actos, esfuerzos o actuaciones, son muy pocos los productos que podemos clasificar como servicios puros; cuando un consumidor compra un servicio, también adquiere una experiencia. Los cuatro elementos del sistema de servicio crean una experiencia para el consumidor: el contexto inanimado, los prestadores del servicio y el personal de contacto, otros clientes y la organización y los sistemas invisibles. A su vez, la experiencia del servicio que ha sido creada proporciona al consumidor un paquete de beneficios. A diferencia de la producción de bienes como el modelo de producción de muestra que los consumidores forman parte integral del proceso de producción del servicio.²³

El servicio busca responder siempre a las necesidades de un cliente, de allí depende que el consumidor tenga una experiencia satisfactoria y responder a los beneficios de este servicio

²² Op. cit., CÉSPEDES, Alberto. p.55

²³ Op. cit., MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David

de la mejor manera posible, siempre y cuando se tengan los medios de comunicación necesarios para usar la información y el servicio con mayor éxito.

4.2.6 Concepto de Producto

El concepto de producto sostiene que los consumidores prefieren los productos que ofrecen lo mejor en calidad, desempeño y características innovadora. Bajo este concepto, la marketing debe concentrarse en mejorar continuamente sus productos.

La calidad y el mejoramiento de los productos son partes importantes de la mayoría de las estrategias de marketing. No obstante, concentrarse únicamente en el producto de la compañía también puede originar miopía de marketing.²⁴

4.2.7 Concepto de marketing

Sostiene que el logro de las metas de la organización depende de la determinación de las necesidades y de los deseos de los mercados meta y de la entrega de la satisfacción deseada de modo más eficaz y eficiente que los competidores. En vez de adoptar la filosofía de “producir y vender”, enfocada en el producto, el concepto de marketing sostiene la filosofía de “sentir y responder”, la cual se enfoca en el cliente. Esta filosofía considera al marketing no como una “caza”, sino como un “cultivo”. La tarea no es encontrar clientes adecuados para el producto sino encontrar productos adecuados para los clientes.

La implementación del concepto de marketing a menudo implica más que simplemente responder a los deseos expresados por los clientes y a sus necesidades más evidentes. Las empresas conducidas por los clientes investigan a sus clientes actuales para conocer sus deseos, recabar ideas para generar nuevos productos y servicios, y probar mejoras propuestas para los productos. Semejante marketing impulsado por el cliente suele funcionar bien cuando existe una necesidad clara y los clientes saben que quieren.²⁵

Los clientes siempre van a estar y lo que se busca es que el servicio se mantenga y para ello es necesario que sea bueno e idealice los pensamientos y el sentir de las personas pues el marketing tiene un enfoque diseñado y dirigido para moldear los productos que el consumidor quiere con el fin de que sus expectativas se cumplan.

4.2.8 Modelo simple de del proceso de marketing

Crear valor para los clientes y construir relaciones con el cliente:

²⁴ Op. cit., KOTLER & amp; Armstrong. p. 10.

²⁵ Ibid., p.10

- Entender al mercado y las necesidades y deseos de los clientes
- Diseñar una estrategia de marketing impulsada por el cliente
- Elaborar un programa de márketing que entregue valor superior
- Crear relaciones redituables y deleite para los clientes
- (Atraer a cambio el valor del cliente) capturar el valor de los clientes para crear utilidades y calidad para el cliente

4.2.9 Marketing de bienes Vs. Marketing de servicios

Las grandes diferencias que existen entre el marketing de bienes y el marketing de servicios suelen atribuirse a cuatro características distintas, es decir, a la intangibilidad, la inseparabilidad, la heterogeneidad, y al carácter perecedero.

- **Intangibilidad**

Los servicios carecen de sustancia material y, por lo tanto, no podemos evaluarlos como hacemos con los bienes.

- **La inseparabilidad**

Refleja la interacción existente entre los prestadores de servicio y sus clientes. A diferencia de los productos de bienes, los prestadores de servicios interactúan frente a frente con sus clientes los cuales tienen una participación directa en el proceso de producción del servicio

- **La heterogeneidad**

Pertenece a la variabilidad inherente al proceso de prestación del servicio. El problema básico del marketing en relación con la heterogeneidad es la dificultad que la empresa de servicios tiene para ofrecer, con regularidad, estandarización y control de calidad. Las empresas de servicio normalmente reaccionan de dos maneras ante la heterogeneidad. Algunas tratan de estandarizar el desempeño sustituyendo el trabajo humano con el de máquinas. En cambio otras aprovechan la variabilidad y ofrecen servicios personalizados que satisfacen las necesidades de cada cliente

- **Perecedero**

Se refiere a la imposibilidad de que el prestador de un servicio almacene o tenga inventarios de servicios. Los servicios que no se usan en el momento indicado dejan de existir. Es más, como es imposible llevar inventarios de servicios, las pocas veces que la oferta y la demanda son iguales se debe a un mero accidente. Existen diversas estrategias que pretenden abordar los

problemas generados por lo que es perecedero. Algunas atacan los problemas tratando de administrar la demanda y otras pretenden administrar la oferta.²⁶

Es posible que los consumidores al no saber sobre lo que hay en el mercado, inutilizan el servicio; este puede dejar de existir por motivos de mala información y promoción inadecuada, según la teoría anterior.

4.2.10 Mercado Estratégico

Identifica las necesidades de los clientes potenciales o clientes existentes, basándonos en los beneficios que el usuario va a obtener de estos servicios y que no son siempre beneficios físicos sino también psicológicos, relacionales etc. El despliegue del mercadeo estratégico esta compuesto por:

- Delimitar el mercado relevante
- Segmentar el mercado
- Valorar dichos segmentos
- Plantear la mezcla de mercadeo
- Realizar alianzas estratégicas
- Tener sensibilidad ante cambios en el entorno
- Analizar nuestros recursos tangibles e intangibles
- Formular nuestra ventaja competitiva.

4.2.10.1 Cinco Estrategias de cobertura del mercadeo

- Concentración producto/mercadeo. Consiste en que la compañía consigue para sí un nicho en solamente una parte del mercado.
- Especialización del producto. Consiste en que la compañía decide producir solamente un tipo de producto para todos los grupos de clientes.
- Especialización del mercado. La compañía decide fabricar una variedad de productos que sirvan a las necesidades de un grupo particular de clientes. (Ej. Clientes industriales).
- Especialización selectiva. La compañía introduce varios productos al mercado que no tienen relación con ningún otro, excepto que cada uno provee una oportunidad atractiva individual.
- Cobertura total. La compañía fabrica una escala completa de productos que sirvan para todos los segmentos del mercado.²⁷

4.2.10.2 Plaza (accesibilidad-disponibilidad)

²⁶ Op. cit., MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David

²⁷ Op. cit., CESPEDES, Alberto. p.55

Hace referencia a un área del Marketing Mix encargada de la gestión de servicios en cuanto al canal, sitio, entrega, distribución, ubicación o cobertura del servicio. Desde el punto de vista deportivo, este concepto se adapta hacia la "accesibilidad" o "disponibilidad" para el cliente cuando se requiere el servicio. Y no estamos hablando tan solo de servicios Estándar o colectivos tipo clases de aeróbic o similares. Estamos hablando de la disponibilidad de un cliente/s determinado para acceder a un servicio de forma personalizada o para acceder a aquellos servicios propios de una necesidad individual o incluso médica: Revisiones, pruebas de esfuerzo, análisis, masajes, servicio de dietética, electroestimulación, infrarrojos etc. Un elemento importante en el diseño de estos servicios es por tanto el sistema de comunicaciones e infraestructura que debe permitir respuesta rápida a las llamadas del cliente. Por tanto, el coordinador deportivo de un centro, debe tener capacidad suficiente para proveer al cliente de aquellos servicios que en sí mismos no puedan ofrecerse (si es el caso) desde el mismo centro pero que si pueden ser cubiertos por profesionales anexos.

Precio

A nivel recreativo, deportivo o de actividades, el precio es el valor que el deportista, usuario o cliente está dispuesto a pagar por la prestación del servicio. El precio puede no obstante tener aplicación desde dos vertientes bien diferenciadas: El usuario y la empresa. Desde el punto de vista del usuario, el precio constituye como hemos apuntado anteriormente la cantidad, la calidad y las satisfacciones emocionales o físicas que tiene previsto obtener de un servicio determinado. Para la empresa, el precio mide el valor intrínseco que esos servicios llevan consigo, pudiendo determinar por tanto el beneficio final que se espera obtener de estos. El responsable o director de un centro deportivo, debería no tan solo conocer cuales son los precios de la competencia, sino diseñar los de su centro deportivo en base a esos datos y a los datos resultantes de sus propio cálculos. Ello exige tener algunos conocimientos sobre Marketing de servicios que nos serán de inestimable ayuda para conocer la rentabilidad general de todos nuestros servicios.²⁸

La mayoría de personas en situación de discapacidad pertenecen a estratos bajos por lo cual un costo en un servicio sería contraproducente para su economía personal porque por lo general no tienen un empleo y por consiguiente no devengan un salario y el poco recurso que poseen, se utiliza para otras prioridades de la vida cotidiana como: alimentación, servicios públicos, salud y educación. Aun así existen entidades que el Estado les proporciona recursos para que el uso de este servicio sea gratuito.

²⁸Op. cit., MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David

4.2.11 Promoción

Los propósitos generales de la promoción en el marketing de servicios son para crear conciencia e interés en el servicio y en el club deportivo, para diferenciar la oferta del servicio de la competencia, para comunicar y representar los beneficios de los servicios disponibles, y/o persuadir a los clientes para que usen el servicio.

La promoción en los servicios puede ser realizada a través de tres formas tradicionales, de tal manera de poder influir en las ventas de los servicios. Estas Formas son:

- **Publicidad:** definida como cualquier forma pagada de presentación no personal y promoción de servicios a través de un individuo u organización determinados. También como no, puede realizarse desde el mismo centro.
- **Venta personal:** definida como la presentación personal de los servicios en una conversación con uno o más futuros usuarios con el propósito de promocionar un determinado servicio.
- **Relaciones Públicas:** definida como la estimulación no personal de demanda para un servicio obteniendo noticias comercialmente importantes acerca de éste, en cualquier medio u obteniendo su presentación favorable en algún medio que no esté pagado por el patrocinador del servicio.²⁹

4.2.12 Discapacidad Motriz: Las personas que tienen este tipo de discapacidades pueden ser semiambulatorias (caminan ayudadas por elementos complementarios) o no ambulatorias (sólo pueden desplazarse con sillas de ruedas). Por lo tanto, las sillas de ruedas, los bastones y las muletas son elementos imprescindibles para quienes los usan. Siempre deben estar a su alcance.

“Se deben evitar los movimientos bruscos y conducir firmemente cuando se dirige a una persona en silla de ruedas. Además, hay que procurar ubicarse de manera tal que haya una comunicación visual sin esfuerzo durante las conversaciones en el desplazamiento”³⁰. Esto con referencia a la definición de discapacidad motriz como tema de análisis, para observar que la población con estas características, se les dificulta hacer actividades cotidianas por la misma imposibilidad adquirida, y si a este problema se le suma la inactividad y la exclusión de tener una oportunidad de mejorar sus capacidades corporales y funcionales, se puede empeorar la situación. Lo que se busca es incluirlos en las organizaciones, centros, e

²⁹ Ibid., MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David

³⁰ CASTILLO, Jesús. Inclusión de las personas con discapacidad en la Educación Superior. Marzo 09, 2009. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.unellez.org/jesusc/weblog/1098.html>

instituciones para que tengan una oportunidad de superar en algún grado la capacidad de realizar diferentes actividades y además mejorar su autoestima e incluirlos socialmente.

En este sentido se tiene la certeza de que una persona con discapacidad que no tenga la posibilidad de realizar alguna actividad física, estará propensa a disminuir la condición de llevar una vida más social y activa, inclinándolo al desmejoramiento funcional y mental. Pues se supone que existen instituciones públicas como la Secretaria Municipal de Deporte y Recreación encargadas de ofrecer este tipo de servicio y oportunidades para ellos.

4.2.13 Principales causas y enfermedades de la discapacidad motriz: En este caso se tratara aquellas enfermedades, por las cuales se alteran muchas actividades normales del libre desarrollo, como por ejemplo caminar, abotonarse vestirse, moverse para hacer alguna maniobra funcional. A continuación y se clasificaran por medio de tres grandes grupos de patologías, adquiridas (infección, accidentes, traumas, osteoarticulares, musculares), de origen hereditario, circulatorio y neurológico.

4.2.14 Adquiridas (infecciosas, accidentes, traumas, osteoarticulares, musculares): En este tipo de enfermedades se encuentra la mayoría de patologías en las cuales el ser humano tiene mayor riesgo de obtener un tipo de discapacidad.

- **Osteomielitis, infección, adquirida:** la osteomielitis puede terminar afectando el hueso, y como tal incidir en crear algún tipo de impedimento para realizar un movimiento, traduciéndose en discapacidad.

“Es una infección del hueso y la medula ósea, y lo habitual es que este término implique, prácticamente siempre la existencia de infección, la osteomielitis puede ser una complicación de cualquier infección general, pero a menudo es el único foco infeccioso que se manifiesta de forma aparentemente primaria. Toda clase de microorganismo, virus, parásitos, hongos y bacterias pueden producir osteomielitis, pero las formas causadas por ciertas bacterias biogenas y micro bacterias son las más frecuentes. En EEUU las infecciones exóticas de inmigrantes del tercer mundo y las infecciones oportunistas de los pacientes inmunodeprimidos han hecho que en la actualidad sea más fácil y problemático el diagnostico y tratamiento de la osteomielitis”³¹

- **Meningitis:** es una infección que afecta especialmente las meninges ya que se tienen agentes bacterianos y virales que permanecen en el ambiente y que si no se neutralizan o

³¹ *Ibíd.*, p. 1276.

controlan combatiéndolo con métodos como las vacunas para los niños en un futuro muy cercano en la edad adulta se puede desarrollar retardo mental leve, moderado o severo y paresias.

“Es un proceso inflamatorio de la leptomeninges y del LCR en el espacio subaracnoideo. El término de meningoencefalitis se aplica a la inflamación de las meninges y el parénquima cerebral. La meningitis suele deberse a una infección, aunque también puede producirse una meningitis química en respuesta a productos irritantes no bacterianos introducidos en el espacio subaracnoideo.

La meningitis infecciosa se clasifica genéricamente en piógena aguda (habitualmente bacteriana) aséptica (habitualmente viral) y crónica (principalmente cualquier agente infeccioso), según las características del exudado inflamatorio en el estudio del LCR y según la evolución”.³²

- **Síndrome de Guillan Barré:** A pesar de no tener mayor incidencia en la población aparece a cualquier edad y no en gran número de personas. Su importancia radica en que afecta los músculos y produce parálisis. Desde este punto se puede decir que incurre más en la discapacidad y en otros casos pone en peligro la vida.

“El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno neurológico en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico. Puede aparecer de forma muy brusca e inesperada. El trastorno puede desarrollarse a lo largo de unos días, o puede tardar hasta varias semanas. El paciente está más débil en las dos primeras semanas después de la aparición de los síntomas.

En la actualidad no se sabe por qué el síndrome de Guillain-Barré afecta a algunas personas. Lo que sí se sabe es que el sistema inmunológico del cuerpo comienza a atacar al propio cuerpo.

Normalmente, las células del sistema inmunológico atacan sólo a la materia extraña o a los organismos invasores, pero en el síndrome de Guillain-Barré el sistema inmunológico comienza a destruir las vainas de mielina que rodean los axones de muchas células nerviosas y, a veces, a los propios axones.

Cuando esto sucede, los nervios no pueden enviar las señales de forma eficaz, los músculos pierden su capacidad de responder a las órdenes del encéfalo y el encéfalo recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo. El resultado es la incapacidad de sentir calor, dolor y otras sensaciones.

³² Ibíd., p. 1361.

El síndrome de Guillain-Barré puede aparecer después de una infección viral, una cirugía o un traumatismo, o como reacción a una vacuna.

Aunque es poco frecuente, ya que lo sufren aproximadamente entre una y dos personas de cada 100.000, el síndrome de Guillain-Barré puede afectar a personas de cualquier edad, y a hombres y mujeres por igual. El trastorno suele aparecer unos días o unas semanas después de que la persona haya tenido síntomas de infección viral respiratoria o gastrointestinal. En algunas ocasiones, el embarazo, la cirugía o las vacunas pueden desencadenar el síndrome.

Los síntomas más comunes del síndrome de Guillain-Barré. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente.

Los síntomas iniciales incluyen diversos grados de debilidad o de sensaciones de hormigueo en las piernas que, en ocasiones, se extienden a los brazos y a la parte superior del cuerpo. Los síntomas pueden o no irse agravando; el trastorno se considera una emergencia médica si ocurre lo siguiente:

- Los músculos no se pueden utilizar en absoluto.
- El paciente se queda casi paralizado.
- Puede resultar difícil respirar.
- La presión sanguínea y el pulso se ven afectados.

Aunque los síntomas pueden llegar a poner en peligro la vida, es posible una recuperación parcial incluso en los casos más graves del síndrome de Guillain-Barré. Sin embargo, puede persistir cierto grado de debilidad”.³³

- **Trauma Craneoencefálico:** Al hablar de trauma, se hace referencia a un acontecimiento ocurrido involuntariamente, y por ser así es uno de los motivos por los cuales, la discapacidad eleva sus índices en la población. Ya que es muy cotidiano a lo que respecta a accidentes de varios tipos. Como por ejemplo caídas, colisiones, en los deportes y en los trabajos de alto riesgo. Además afecta la estructura más importante en el equilibrio (La columna), que es responsable de muchos movimientos.

“Es una contusión que afecta cráneo con lo cual hay una mayor incidencia en el lenguaje (afasia) dependiendo del sitio de la localización y el grado de extensión del daño cerebral.

³³ University of Virginia. Los Trastornos del Sistema Nervioso El Síndrome de Guillain-Barré. 2004. Charlottesville, VA 22908. Internet. (En línea) Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_neuro_sp/guillain.cfm

Cuando la evolución es favorable lo último en recuperarse es la facultad para encontrar las palabras ya que en el transcurso de la recuperación se presenta afasia amnésica, incluyendo pérdida de las habilidades cognitivas llevando aun mayor compromiso de las habilidades lingüísticas”.³⁴

- **Trauma Raquiomedular:** El trauma raquiomedular, como todos los tipos de trauma, es una enfermedad de la gente joven. Etiológicamente, 40% de las injurias son secundarias a accidentes de tránsito, 20% secundarias a caídas y 40% a heridas de bala, deportes, accidentes industriales y de agricultura. Aproximadamente 85% de los casos son hombres y el pico de incidencias está entre los 15 y los 28 años.

El nivel más frecuente de trauma es la región cervical media baja (C5-C6). El siguiente lugar es la unión toracolumbar. Estos dos niveles coinciden con las áreas de mayor movilidad de la columna espinal.

“Aproximadamente 43% de las lesiones exhiben déficit neurológico completo, 18% déficit parcial, 3% franco síndrome de Brown-Sequard; 3% presentan un síndrome de canal central cervical, 12% lesión radicular únicamente y 23% no tienen déficit neurológico”.³⁵

- **Fisiopatología:** “El trauma raquiomedular abarca simultáneamente las meninges, los vasos sanguíneos y el tejido nervioso.

Las características del trauma son multifacéticas y se pueden relacionar con los siguientes cuatro aspectos:

- Cambios morfológicos de la médula
- Hemorragia y daño vascular
- Cambios estructurales en la sustancia gris y blanca
- Respuesta bioquímica secundaria al trauma.

En la mayoría de las lesiones medulares, la dura y la aracnoides permanecen intactas. Las arterias espinales anterior y posterior usualmente son respetadas. Sin embargo, aun con grados moderados de trauma, pequeños vasos intramedulares pueden ser lesionados, lo cual produce hemorragia y lesión tisular; la disrupción traumática de estos vasos produce disminución del flujo tisular, lo cual conduce a necrosis hemorrágica de la sustancia gris central y a cambios vasculares y quísticos que se extienden a la sustancia blanca. Las alteraciones ultra estructurales consisten en la apertura de las pequeñas uniones del endotelio vascular, separación del endotelio de su membrana basal y acumulación de numerosos trombos de plaquetas. Estas alteraciones llevan a extravasación de proteínas y edema. Cambios similares no se han encontrado en la sustancia blanca. Dos aspectos deben tenerse siempre presentes:

³⁴ *Ibíd.*, p. 738.

³⁵ *Ibíd.*, p. 738.

- Los cambios patológicos primarios son secundarios a una alteración de la microcirculación.
- Puede ocurrir una lesión alguna reacción metabólica lesiva después del trauma”.³⁶
- **Esclerosis lateral amiotrófica:** En esta patología los movimientos se ven seriamente afectados ya que hay pérdida de fuerza generalizada. En este caso la persona se ve imposibilitada para realizar maniobras en sus manos, como agarrar flexionar, y otros. En si afecta otras partes del cuerpo mencionando también el pie y diferentes músculos e impide hacer movimiento. Además provoca aterosclerosis, de hay el grado de discapacidad que produce.

“Afecta la neurona motora superior e inferior, se presente entre los 55 y 60 años y es más frecuente en hombres que en mujeres; ocasionando una mezcla de espasticidad, debilidad y fasciculaciones, generalmente hay compromiso de uno de los dos miembros superiores con debilidad y atrofia de los músculos intrínsecos de la mano, lo cual dificulta la oponente la pinza y produce una mano en garra, luego compromete la musculatura proximal como el deltoides y causa dificultad en la realización de actividades como alimentarse o vestirse, después se extiende a un miembro inferior y ocasiona inicialmente pie caído que imposibilita la marcha. Después afecta el bulbo alterando el habla volviéndola arrastrada y con disfonía, presenta debilidad y fatiga de los músculos masticatorios hasta la subluxación espontánea de la articulación temporomandibular y finalmente se compromete la musculatura axial especialmente le cuello e intercostales. La disnea no es tan prominente pues se preserva la función del diafragma”.³⁷

- **Artrosis:** La artrosis es una enfermedad de gran pérdida de movimientos y dolor articular lo que se traduce también en la reducción de los ángulos articulares. En estos casos esta influye más en individuos con edad avanzada y en aquellas personas que en los inicios de la práctica de un deporte sufrieron microtraumas repetitivos los cuales son algunos ejemplos de factores que favorecen la aparición de esta patología.

“Se caracteriza este proceso por un erosión progresiva de cartílago articular, implica un proceso inflamatorio que puede cursar con células inflamatorias, pero se considera que la artrosis es una enfermedad intrínseca del cartílago con alteraciones bioquímicas y metabólicas que provocan su destrucción. En la mayoría de los casos la artrosis comienza sin causa iniciadora evidente como un fenómeno de envejecimiento. Existe un 5% de casos de artrosis que aparecen en personas más jóvenes, las cuales padecen algún proceso pre disponente, como lesiones traumáticas previas o micro trauma repetidos sobre

³⁶ REYES, Carlos; LEVY, Arnold; SANCHEZ, Jairo. Traumatismo Raquimedular. Hospital Universitario Evaristo de Cali. Internet. (En línea) Disponible en: <http://pwp.etb.net.co/clinicala100/3/035.PDF>

³⁷ LOPEZ, José Fernando. Rehabilitación en salud: una mirada necesaria. Editorial X. (2006) 1 Edición. Colombia. p.253.

una articulación; o una deformidad congénita del desarrollo de una o más articulaciones o alguna enfermedad general subyacente como diabetes, acuronesis, hemocromatosis o una gran obesidad.

En esos casos, se habla de artrosis secundaria, que suele afectar a una o más articulaciones predispuestas como lo atestiguan las lesiones del hombro y de codo en los jugadores de beisbol y las lesiones de rodillas en los jugadores de baloncesto. EL sexo influye algo en la distribución, así, las rodillas y las manos se afectan mas a menudo en las mujeres, y las caderas en los varones”³⁸.

- **Artritis Reumatoidea**

“Es un proceso inflamatorio crónico y generalizado que puede afectar a muchos órganos y tejido (piel, vasos sanguíneos, corazón, pulmones y músculos), pero ataca principalmente a las articulaciones, produciendo una sinovitis proliferativa no supurada que suele evolucionar hasta obstruir el cartílago articular y provocar anquilosis de las articulaciones. La causa de la artrosis sigue siendo desconocida, pero la auto inmunidad desempeña un papel esencial en su evolución crónica y progresiva alrededor de 1% de la población mundial padece artrosis, y este proceso es tres a cinco veces mas frecuente en las mujeres que en los varones. Su incidencia es máxima entre los 20 y 40 años, pero no hay ninguna edad que quede a salvo. Se consideraran primero los cambios morfológicos para que sirvan de base a los comentarios de la patogenia ”.³⁹

³⁸ *Ibíd.*, p. 1291

³⁹ *Ibíd.*, p. 1292

- **Espondilitis Anquilozante:** Se trata de una infección que puede terminar en dolor, pérdida de fuerza, pérdida parcial de movimiento y con el paso del tiempo a medida que avanza convertirse en un problema osteoarticular, esta enfermedad puede ser hereditaria como también los hábitos posturales provocan su padecimiento.

“Es una artropatía inflamatoria crónica de las articulaciones axiales especialmente, de las sacro iliacas. Suele aparecer en varones adolescentes al igual que en la artritis reumatoidea este fenotipo inmunogenético puede predisponer a la formación de autoanticuerpos dirigidos contra los elementos.

Integrantes de las articulaciones después de una infección. Históricamente existe una sinovitis crónica con una destrucción del cartílago articular y anquilosis ósea, especialmente de las articulaciones sacro iliacas y apofisiarias, “las formadas por tuberosidades y apófisis”, la inflamación de las inserciones tendinoligamentosas acaba produciendo exostosis, que producen a la anquilosis fibrosa y ósea y se acompañan de gran inmovilidad y rigidez de la columna.

Los pacientes presentan característicamente dolores lumbares que suelen evolucionar de forma crónica y progresiva. En un tercio de los casos, como mínimo, se afectan también las articulaciones periféricas como caderas, rodillas y hombros”.⁴⁰

- **Espondilólisis:** “Consiste en la rotura de la lámina de la vértebra, de forma que la articulación facetaria queda separada del resto. La vértebra que se afecta más frecuentemente es la quinta lumbar, seguida por la cuarta. En la mayoría de los casos en los que la espondilólisis afecta la cuarta lumbar existe una sacralización de la quinta lumbar.

“En la mayoría de los casos, no se trata de una verdadera rotura, sino que el hueso no llega a formarse. En estos casos, la separación entre la articulación facetaria y el resto de la lámina existe desde el nacimiento y se mantiene constantemente a lo largo de la vida. En otros casos, en los que el hueso se forma correctamente, la lámina vertebral se rompe a consecuencia de caídas o traumatismos repetidos. Eso ocurre típicamente en deportistas y suele tardar entre 6 y 9 meses en repararse espontáneamente. Con frecuencia, la espondilólisis no causa ningún dolor ni síntoma, y es sólo un hallazgo casual en una radiografía. Eso ocurre especialmente en las espondilólisis que aparecen como consecuencia de un defecto de formación del hueso. Las espondilólisis que aparecen como consecuencia de una fractura o traumatismos repetidos pueden causar dolor en la zona vertebral. Por tanto, la demostración de que existe una espondilólisis en un paciente con dolor de

⁴⁰ COTRAN Ramzi S; ROBBINS Stanley; KUMAR Vinay Patología estructural y funcional. Editorial Mac Graw Hill. 1999. 6 Edición. p.1297

espalda no significa necesariamente que sea la causa de su dolor. De hecho, sólo se considera que lo es cuando se debe a una fractura reciente”.⁴¹

- **Discopatias:** He aquí una de las complicaciones que generan limitación de movimiento y malestar entre la gente que la padecen. Las personas que sufren de esta patología, ven afectada su vida diaria ya que el problema en los discos genera muchas veces quietud, y si el problema no se tratase el individuo puede quedar dependiendo de un tipo de apoyo funcional como por ejemplo: silla de ruedas, bastón, muletas etc.

“La degeneración discal es un fenómeno normal íntimamente ligado al proceso de la senectud. Esta degeneración es a menudo precoz; la arteria nutricia del disco se oblitera en la adolescencia y a partir de ahí su nutrición se efectúa por ósmosis. El proceso degenerativo viene dado esencialmente por un desecamiento de la sustancia fibrocartilaginosa que pierde, por tanto, su elasticidad, presentando a continuación fisuras. Este fenómeno afecta evidentemente a todos los discos, aunque de una manera especial y más rápida a los que, actuando como bisagra en los movimientos de la columna, están sometidos a una intensa fatiga cotidiana. La fisuración del fibrocartilago conduce a una fragilización del disco, que permite a la sustancia gelatinosa del núcleo provocar los «accidentes discales». Estos pueden pasar por diferentes estadios de los cuales la “Discopatía” representa el primero. En este primer estadio el disco presenta numerosas fisuras de poca importancia, por las cuales se ha filtrado de una manera progresiva la sustancia nuclear (*fig. 1*). El disco se aplasta y su mecánica se ve perturbada por un núcleo que no desempeña ya su papel, haciéndose doloroso a las presiones que ejercen sobre él los segmentos superiores, es la fase conocida como de Discopatía. El dolor es debido al estiramiento de los ligamentos periféricos y particularmente de los ligamentos posteriores, muy ricamente inervados. Es a este estadio al que corresponden la lumbalgia crónica y de una manera general la mayoría de los dolores vertebrales crónicos. Es posible que los signos clínicos (dolor, parestesia, hipoestesia) regresen espontáneamente (o bajo los efectos de un tratamiento cualquiera), a pesar de la persistencia de una discopatía o incluso de una protrusión o de una hernia discal demostrada radiológicamente”.⁴²

4.2.15 Secuelas de fracturas, adquirida, traumas y accidentes: Estas tienen complicaciones aun más graves, ya que dependiendo del cuidado pueden terminar en

⁴¹ El web de la espalda. Alteraciones de la estructura de la columna vertebral: espondilolisis. Fundación Kovacs. 2003. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/causas/alteraciones/espondilolisis.asp>

⁴² Clínica Bersant. Medicina integrativa. Discopatias. Santiago de Chile. 2009. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.bersant.cl/bibliotecas/patologias/discopatias.htm>

rigidez articular y osteoartritis. Aunque es involuntario por la misma inmovilización hay fracturas que finalizan atrofiando los músculos y las uniones entre los huesos. Lo cual se traduce en menos movimiento y por consiguiente la discapacidad. Es de anotar también que hasta en los procesos de unión de las fracturas surgen secuelas como por ejemplo: necrosis y parálisis de nervios por la presión e inmovilización. Todo lo anterior desencadena en la dificultad de realizar acciones, como caminar, saltar, girar y otra serie de movimientos vitales.

- **Rigidez articular:** es la secuela más común de las fracturas y luxaciones. La frecuencia y la gravedad pueden reducirse mediante un buen tratamiento primario y cuidado posterior.
- **Adherencias periarticulares:** toda lesión va seguida por hemorragia capilar y extravasación de líquido tisular. Esto infiltra al músculo y los ligamentos en el sitio de la lesión y gravita también hasta la parte más dependiente donde provoca edema. El líquido se elimina normalmente mediante la actividad de los músculos y el movimiento de las articulaciones, pero cuando el miembro es inmovilizado tiende a acumularse. Entonces se deposita fibrina en el interior de los tejidos especialmente en los periarticulares y se deja sin movimiento por un periodo prolongado convirtiéndose en tejido fibroso. El mejor tratamiento, como siempre al restaurar el movimiento, es estimular la actividad proporcionando una ocupación que requiera repetición constante de movimientos específicos
- **Adherencias intraarticulares:** Siempre hay hemartrosis después de las luxaciones, las fracturas que afectan a las articulaciones y las lesiones ligamentosas graves. Cuando se inmoviliza una articulación, se forma un depósito fibrinoso sobre la membrana sinovial el cual alcanza sus pliegues adhiriéndolos. Además la inmovilización prolongada puede interferir en la nutrición del cartílago articular por el líquido sinovial. La manipulación bajo anestesia cuando la rodilla, tobillo hombro son los afectados, pero la función satisfactoria solo puede restaurarse cuando el cartílago articular ha permanecido en buena condición
- **Adherencias musculares:** Ocurren primordialmente después de lesiones en las cuales hay daño masivo a los musculos adyacentes a una fractura. Tanto los músculos como el hueso están implicados en el mismo hematoma; cuando este se organiza se encuentran firmemente por un tejido fibroso y el movimiento de la articulación correspondiente será restringido de forma inevitable. Ésta es la causa común de la limitación de la flexión de la rodilla después de las fracturas de los tercios medios e inferior del fémur.
- **Osificación periarticular:** ésta constituye una secuela común de las luxaciones o fracturas-luxación del codo y cadera pero también ocurre en otras articulaciones. La cápsula queda desgarrada de su inserción en el hueso y el hematoma resultante se osifica.

Deberá de sospecharse la osificación cuando el retorno de los movimientos este retardado y el diagnostico sea hecho mediante radiografía. El mejor tratamiento consiste en la inmovilización y reposo.

- **Síndrome de Sudek:** es un trastorno muy invalidante que provoca rigidez articular, en la cual se hallan afectados los tejidos blandos y el hueso, pero afortunadamente, la forma grave no es común. A menudo sigue a una fractura o luxación, en particular de la muñeca, dedos de la mano o pie, pero es observada a veces después de un esguince o alguna otra lesión menor. La causa es desconocida, pero los pacientes nerviosos parecen estar muy propensos.⁴³

4.2.16 Lesión a nervios y arterias. Nervios: El daño es causado habitualmente por tracción o compresión y la continuidad del nervio rara vez es destruida. La división completa del nervio ocurre en ocasiones en las fracturas abiertas

- **Arterias:** Una secuela común de la lesión arterial es la trombosis que causa obstrucción. El espasmo arterial también puede originar isquemia, la arteria principal de alguna extremidad es seccionada ocasionalmente. Cuando esto ocurre y la circulación colateral es inadecuada, será necesaria la reparación inmediata con un injerto.
- **Embolia de grasa:** Los émbolos que se alojan en el pulmón y encéfalo pueden ser mortales. La inmovilización inicial adecuada es una medida preventiva valiosa pero la causa es algo más que la simple liberación de la grasa de la medula ósea
- **Necrosis avascular:** Es un trastorno donde parte del hueso o todo el tejido óseo muere porque ha sido privado de su circulación sanguínea. Las fracturas subcapitales del cuello del fémur, las fracturas del escafoides y la luxación del talón y del semilunar son particularmente susceptibles de esta complicación.
- **Osteoartritis:** Es relativamente común después de las fracturas que afectan a las articulaciones, pero no es invariable y el comienzo es a menudo retardado mucho más tiempo de lo que pudiera esperarse. Sin embargo, los cambios se desarrollan desde un principio cuando el cartílago articular ha sido aplastado o su nutrición alterada por necrosis vascular subyacente o cuando hay mala alineación sobresaliente de alguna articulación que soporta peso.

4.2.17 Problemas de unión en las fracturas: La confirmación de si unió o no una fractura es esencialmente clínica: donde de la desaparición de los signos originales del trastorno, como dolor espontáneo y a la palpación, movilidad anormal, e hinchazón y otros signos más. Por lo común se advierte moderada pérdida residual de la función después de un lapso de inmovilización, de modo que no constituye un signo físico útil para diagnosticar la unión.

La ausencia de los cayos con movilidad del sitio de la fractura es indicación del retraso de la unión.

⁴³ DURCKWORTH, T. Ortopedia y fracturas. 1998. Editorial McGraw-hill Interamericana. 3 Edición.

Muchas fracturas necesitan mayor tiempo para unirse que los lapsos promedios sugeridos y aún se necesita protección contra la bipedación.

- **Complicaciones inmediatas (en el momento de la lesión)**

Hemorragia intensa (interna y externa)

Lesión de órganos internos importantes: cerebro, pulmón, hígado etc.

Lesión de nervios y vasos locales

Pérdida o lesión de la piel

- **Complicaciones tempranas o intermedias (que surgen en el lapso del tratamiento)**

Locales

Necrosis de piel y tejidos blandos.

Gangrena por daño vascular o presión externa.

Úlceras por presión y parálisis de nervios, por la inmovilización por férula para tracción.

Infección y esfacelo de la herida

Perdida de alineación e incapacidad de fijación interna

Tétanos y gangrena gaseosa.

- **Generales**

Trombosis de venas profundas y embolia pulmonar

Neumonitis hipostática

Cálculo renal; retención aguda, y otros problemas de vías urinarias.

Síndrome de aplastamiento

- **Complicaciones tardías**

Unión tardía y faltas de unión, unión defectuosa.

Sepsis tardía de la herida con úlceras cutáneas.

Imposibilidad de fijación interna, como sería ruptura o corte de placas o calvos.

Rigidez articular y contractura.

Necrosis de compensación y otras perturbaciones psíquicas.⁴⁴

4.2.18 De origen Hereditario: En éste caso como su nombre lo indica las personas tienen un alto riesgo de nacer con alguna patología, sin embargo durante su ciclo de vida pueden aparecer factores que potencialicen la gravedad de la enfermedad, como por ejemplo: malos hábitos de vida, entre los que están el tabaco, el alcoholismo, el sedentarismo y una alimentación menos saludable.

- **Distrofias Musculares, DUCHENNE y distrofia muscular:** “Las distrofias musculares son un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios que se caracterizan clínicamente por debilidad y atrofia musculares graves progresivas de comienzo frecuente en la niñez. La distrofia muscular se manifiesta clínicamente hacia los cinco años de edad; la debilidad hace depender al paciente de una silla de ruedas hacia los 10 o 12 años de edad, y trastorno progresivo irremisible hasta la muerte de los primeros años del tercer decenio.

“Los primeros indicios de debilidad muscular son la torpeza y la incapacidad de seguir el ritmo de los compañeros.

La debilidad comienza en los músculos de la pelvis y se extiende después a la cintura escapular. Un hallazgo clínico importante es el aumento del tamaño de los músculos de la pantorrilla, asociado a la debilidad, fenómeno denominado pseudohipertrofia.

El aumento de la masa muscular es causado inicialmente por el aumento del tamaño de las fibras musculares, y después, a medida de que el músculo se atrofia por el aumento de la grasa y del tejido conjuntivo. También se observan alteraciones anatomopatológicas en el corazón, y los pacientes pueden presentar insuficiencia cardíaca o arritmias aunque no existen alteraciones estructurales bien determinadas en el sistema nervioso central, el deterioro cognitivo parece formar parte de la enfermedad; en algunos pacientes es lo suficientemente grave, como para considerar RM”⁴⁵

- **Enfermedad de Charcot Marie Tooth:** La enfermedad de CMT, también conocida como neuropatía hereditaria motora y sensitiva o atrofia muscular del perineo, abarca un grupo de trastornos que afectan los nervios periféricos. Los nervios periféricos residen fuera del cerebro y la médula espinal y proveen información a los músculos y los órganos

⁴⁴ WILES, Philip “Fracturas, luxaciones y esguinces”. México, D.F. México: El Manual Moderno. (1997). Santa fe de Bogotá. 2 edición.

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 1328

sensoriales de las extremidades. Los trastornos que afectan los nervios periféricos se llaman neuropatías periféricas.

La neuropatía de la enfermedad de CMT afecta los nervios motores y sensoriales. Una característica típica incluye debilitaciones en los pies y de los músculos inferiores de la pierna, que pueden dar lugar a una deformación del pie y generar una marcha a pasos grandes que desencadena en tropiezos o caídas frecuentes. Las deformidades del pie, tales como arcos altos y dedos en martillo (una condición en la cual la coyuntura central de un dedo del pie se dobla hacia arriba) son también características debido a la debilidad de los músculos más pequeños del pie. Además, la parte inferior de las piernas puede adquirir un aspecto "de botella de champán invertida" debido a la pérdida de masa muscular. Conforme progresa la enfermedad, pueden ocurrir debilidades y atrofas musculares en las manos, dando como resultado dificultades en las capacidades motoras. Aunque los nervios sensitivos también están involucrados, muy raras veces los pacientes sufren de entumecimientos o dolores significativos. El inicio de los síntomas ocurre más a menudo en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. No obstante, su incidencia se puede retrasar hasta mediados de la edad adulta. La gravedad de los síntomas es absolutamente variable en diversos pacientes y algunas personas nunca llegan a darse cuenta del trastorno. La progresión de los síntomas es muy gradual. La CMT no es letal y los pacientes que padecen de los tipos más comunes de CMT poseen una expectativa de vida normal.

La enfermedad de CMT es causada por mutaciones en los genes que producen las proteínas relacionadas con la estructura y la función bien sea del axón del nervio periférico o de la capa de mielina. Aunque en varios tipos de la enfermedad de CMT diversas proteínas son anormales, todas las mutaciones afectan la función normal de los nervios periféricos. Por lo tanto, estos nervios se degeneran y pierden lentamente la capacidad de comunicarse con los diversos miembros. La degeneración de los nervios motrices da lugar a la debilidad del músculo y a atrofas en las extremidades (brazos, piernas, manos o pies), y la degeneración de los nervios sensitivos conlleva a una reducción en las sensaciones de calor, frío y dolor.

“Las mutaciones genéticas en la enfermedad de CMT son generalmente hereditarias. Cada uno de nosotros posee normalmente dos copias de cada gen, uno heredado de cada padre. Algunos tipos de la enfermedad de CMT se heredan de una manera autosómica dominante, lo que significa que solamente se necesita una copia del gen anormal para causar la enfermedad. Otras formas de la enfermedad de CMT se heredan en una manera autosómica recesiva, lo que significa que ambas copias del gen anormal deben estar presentes para causar la enfermedad. Otras variaciones de la enfermedad CMT se heredan por el cromosoma X, lo que significa que el gen anormal está situado en dicho cromosoma X. Los cromosomas X y Y determinan el sexo del individuo. Los individuos con dos cromosomas de X son femeninos y los individuos con un cromosoma X y un cromosoma Y son masculinos. En raras ocasiones, la mutación genética que causa la

enfermedad de CMT es una nueva mutación que ocurre espontáneamente en el material genético del paciente y no ha sido transmitida hereditariamente”.⁴⁶

4.2.19 De origen circulatorio y neurológico: Definitivamente es una de las causas con más incidencia para padecer una discapacidad, ya que influyen factores de riesgo como la obesidad que aparece debido a que se sustituye una alimentación sana por otra con excesos de carbohidratos y grasas. Combinado también con la falta de cultura al momento de practicar actividad física.

- **Accidente Cerebro Vascular (ACV). Adquiridas.** El término de enfermedad CV se refiere a cualquier alteración cerebral causada por algún proceso patológico de los vasos sanguíneos; desde el punto de vista clínico, las enfermedades cerebro vasculares se clasifican en tres categorías principales:
- **Trombosis, embolia y hemorragia:** Ésta clasificación operacional es útil debido especialmente a que el tratamiento de los pacientes es muy diferente en cada grupo; desde el punto de vista de la fisiopatología y de la anatomía patológica, es conveniente considerar dos procesos en las enfermedades cerebro vasculares: hipoxia, isquemia e infartos debidos a la disminución del aporte sanguíneo y de la oxigenación del tejido SNC.
- **Hemorragia:** es generalmente, un signo de extravasación de la sangre producida por una ruptura vascular, como se indico anteriormente, en la congestión crónica puede verse hemorragias capilares y en una amplia serie de procesos clínicos, llamados diátesis hemorrágicas, existe tendencia a sangrar por lesiones que habitualmente carecen de importancia, sin embargo, la ruptura de arterias o venas gruesas se debe casi siempre a lesiones vasculares secundarias, a traumatismos, aterosclerosis, o a erosión inflamatoria o neoplasica de la pared vascular.
- **Hemorragia intracraneal:** se pueden producir en cualquier localización del SNC. En algunos casos, pueden ser un fenómeno secundario por ejemplo, en los infartos de zonas limítrofes o en los infartos producidos por una obstrucción vascular parcial o transitoria. Las hemorragias primarias en el espacio epidural o subdural, se relaciona típicamente con traumatismos, que se han expuesto junto con las lesiones traumáticas.

“Por el contrario, las hemorragias en el parénquima cerebral y en el espacio subaracnoideo suelen ser una manifestación de enfermedad cerebro vascular subyacente aunque los traumatismos también puedan causar hemorragias en estas localizaciones.”⁴⁷

⁴⁶ National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health. La Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth", NINDS. 2004. Bethesda, MD 20892 Publicación de NIH 04-4897. Internet. (En línea) Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_enfermedad_de_charcot_marie_tooth.htm.

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 125

- **Embolia isquémica:** “Consiste en el desplazamiento por la sangre de una masa solida, liquida o gaseosa que arrastrada por la corriente sanguínea, acaba en clavados en un sitio distante de su punto de origen, prácticamente el 99% de todas las embolias se debe a un fragmento desprendido de un trombo y de ahí el nombre habitualmente usado de tromboembolia.

Inevitablemente los émbolos se detienen en vasos que son demasiado pequeños para dejarles pasar y así causan una oclusión vascular parcial o completa. La posible consecuencia de estos fenómenos trombo embolicas es la necrosis isquémica del tejido situado distalmente, es lo que se conoce como infarto, según el lugar de origen, las masas desprendidas pueden enclavarse en cualquier punto del árbol vascular, las consecuencias clínicas se comprenden mejor según las embolias se produzcan en la circulación pulmonar o general”.⁴⁸

- **Polineuropatías:** Trastorno del nervio periférico afectando los axones, su envoltura mielinica ambas se manifiestan con signos sensitivos, motores y autonómicos. Los estudios de electromiografía establecen su existencia, la severidad del proceso, la distribución de la afección si es proximal o distal, simétrica o asimétrica. No se establece la etiología con los datos fisiológicos y electromiografico pero si junto con los datos clínicos pueden facilitar la identificación de la causa. Las poli neuropatías se puedes clasificar de acuerdo a los hallazgos clínicos y electromiofisiologicos.

4.2.20 Tipos de discapacidad

Pueden verse distintos tipos de parálisis (pérdida total de movilidad) y paresias (perdida parcial de movilidad) de acuerdo a que estén afectados. Las plegias (perdida severa o completa de la fuerza muscular) y paresias parecen ser flácidas o espásticas (contracturas) y acompañarse de temblor.⁴⁹

TIPOS DE PARALISIS

Un solo miembro	Monoplejía – monoparesia
Dos miembros del mismo lado	Hemiplejía- Hemiparesias
Dos miembros inferiores	Paraplejía- Paraparesia
Tres miembros	Triplejía- Triparesia
Los cuatro miembros	Cuadriplejía- Cuadriparesia

Fuente: Diagnóstico de deficiencia y discapacidad. Construcción de una pedagogía para la integración.

⁴⁸ *Ibíd.*, p.138

⁴⁹ Diagnóstico de deficiencia y discapacidad. Construcción de una pedagogía para la integración. Internet. p., 4. (En línea) Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/integra/1/pdf/cap2.pdf>.

- **Discapacidades del cuidado personal:** Hace referencia a la capacidad para cuidar en lo concerniente a las actividades fisiológicas básicas tales como la excreción y la alimentación, el cuidado propio, la higiene y el vestido.⁵⁰
- **Discapacidades de la locomoción:** Hace referencia a la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades asociadas con el desplazamiento de un lugar a otro. Incluye discapacidad para caminar, para salvar desniveles, para subir escaleras, para comer, para desplazarse, de transporte y para levantar.⁵¹
 - **Discapacidades de la disposición del cuerpo:** Hace referencia a la capacidad para llevar a cabo actividades asociadas con la disposición de partes del cuerpo y en ellas se incluyen actividades derivadas como la realización de tareas asociadas con el dominio del sujeto. Incluye discapacidades para proveer la subsistencia (comprar el sustento, transportado, abrir recipientes, preparar la comida) para las tareas del hogar (lavar, limpiar...), para recoger, alcanzar, arrodillarse y agacharse.⁵²
- **Discapacidades de la destreza:** Hace referencia a la destreza y habilidad de los movimientos incluyendo la manipulación. Incluye discapacidades de la vida cotidiana (prender fuego, usar grifos, enchufes....) de la habilidad manual (agarrar, sujetar, ejecutar movimientos manuales coordinados...) para controlar el pie y para controlar los movimientos del cuerpo.⁵³

4.2.21 Manifestaciones: La limitación en la movilidad es la característica más saliente de la discapacidad física. La necesidad de ayudas técnicas que van desde los bastones y muletas a la silla de ruedas y la necesidad de ambientes espaciosos y sin barreras arquitectónicas para poder movilizarse en forma independiente.⁵⁴

4.2.22 Deficiencia, Discapacidad, Minusvalía: Cuando hablamos de persona con discapacidad, nos estamos refiriendo a aquella persona que tiene restricciones o ausencias (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en forma o dentro del margen que se considera normal dentro del ser humano. Sobre este significado la organización mundial de la salud, en el ámbito de su experiencia en salud, hace una

⁵⁰ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 4

⁵¹ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 4

⁵² Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 5

⁵³ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 5

⁵⁴ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 5

distinción entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, tal como aparece en el siguiente cuadro.⁵⁵

DISTINCIÓN DE DISCAPACIDAD

Deficiencia	Discapacidad	Minusvalía
<p>Pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.</p> <p>Ejemplo: La poliomielitis provoca el debilitamiento de los músculos de las piernas</p>	<p>Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.</p> <p>Ejemplo: Como consecuencia la persona presenta dificultad para caminar</p>	<p>Pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad de condiciones que los demás. Ocurre cuando se enfrenta a barreras culturales, físicas o sociales.</p> <p>Ejemplo: Impedir que la persona asista a la escuela junto con los demás</p>

Fuente: Diagnostico de deficiencia y discapacidad. Construcción de una pedagogía para la integración.

Las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo, pueden presentar deficiencias mentales, deficiencias auditivas, visuales o de habla, movilidad restringida; así también se suele incluir a aquellas personas que presentan problemas psicológicos.⁵⁶

4.2.23 Discapacidad física: Se origina en una deficiencia física; la deficiencia es la pérdida o anormalidad de la estructura anatómica de los sistemas:

- *Osteo articular
- *Nervioso
- *Muscular

La discapacidad es la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de una función motora (caminar, sentarse, etc. :), que impide realizar una actividad en la forma o dentro del

⁵⁵ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 1

⁵⁶ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 1, 2

margen que se considera normal. La discapacidad puede ser transitoria o permanente. Ej.: una fractura del fémur impide a la persona caminar temporalmente (discapacidad).⁵⁷

4.2.24 Causas⁵⁸

Las enfermedades congénitas o adquiridas, los accidentes y traumatismos son las causas más frecuentes de deficiencias y discapacidades.

En los niños.

- Meningocele o espina bífida (cierre defectuoso de la columna vertebral).
- Agenesias congénitas (falta o atrofia de brazo o pierna).
- Poliomielitis
- Parálisis cerebral.

En las personas mayores

- Enfermedad cerebro vascular, trombosis, embolias o derrames secundarios o arteriosclerosis, hipertensión o ambas.

En todas las edades

- Amputaciones de miembros.
- Lesiones medulares por accidente o traumatismo.
- Esclerosis múltiple

Enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central causada por la pérdida de mielina en el cerebro y la medula espinal, dando lugar a parálisis progresiva.

4.2.25 Miopatias: Enfermedades musculares caracterizadas por debilidad muscular, anomalía en la unidad motora.⁵⁹

4.2.26 Enfermedades crónicas. Ej: Cardiopatías Provocan limitaciones funcionales físicas que afectan las actividades que requieren esfuerzo.⁶⁰

- Actividad Física. Para cualquier persona hacer alguna actividad que incluya movimiento corpóreo influye positivamente sobre el mantenimiento de las funciones fisiológicas y metabólicas, mejorando estas respuestas naturales del organismo. Lo anterior quiere decir que aquellos que poseen algún grado de sedentarismo, están propensos a sufrir todo tipo de complicaciones patológicas.

⁵⁷ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 2

⁵⁸ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 2,3

⁵⁹ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 4

⁶⁰ Ibid., Diagnostico de deficiencia y discapacidad. p. 4

Desde este punto de vista la actividad física juega un papel importante en la vida del ser humano, disminuyendo las posibilidades de sufrir alteraciones que conlleven al desmejoramiento de la salud, y después a vivir situaciones de gravedad que pueden desencadenar en efectos más irreversibles.

“La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal, Considere la actividad física como una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento y el estar fuera de forma”⁶¹.

4.2.27 Actividad física en Discapacitados “Si bien la actividad física es importante para todas las personas, lo es más aún para aquellas que tienen necesidades educativas y terapéuticas distintas, debido a que, estimula el potencial que tiende a la autonomía convirtiéndose en el recurso óptimo para el desarrollo personal y social”⁶².

Tomando esta referencia se observa que la actividad física adaptada para estas personas contribuye a su desarrollo personal, lo cual es muy significativo para vincularlos a una vida más agradable y distinta a la que llevan. Es muy importante que la persona con discapacidad, sepa que efectivamente puede realizar las mismas actividades (recreativas, terapéuticas, deportivas etc.), y que esto le cambia la vida positivamente; pero estas deben estar adaptadas y dosificadas por profesionales especializados, para utilizar óptimamente como recurso el movimiento/juego/deporte y la actividad física para la salud; complementado con otros profesionales de la salud, aportando a mejorar la calidad de vida.

“Las personas con discapacidad motriz tendrán un desarrollo cognitivo propio, distinto al promedio, que se ha de ajustar a las posibilidades motrices, lo que no implica una deficiencia en su desarrollo. La discapacidad motriz no debe ser entendida como la etiología, asociada con un trastorno evolutivo, sino el medio a través del cual se obstaculiza el desarrollo normal. La orientación debe contemplar los tres campos que se recogen en todo el proceso de asesoramiento: el individual, incluyendo aptitudes, intereses, personalidad y trayectoria escolar y vital.”⁶³

⁶¹ DIAZ, Manibardo Marina. Actividad Física. Salud y Actividad Física. Internet. (En línea) disponible en: <http://www.actividadfisica.net/10www.adr-pjm.com.ar> 2003-2005

⁶² COLLANTES, Genaro A. I Seminario Taller “La Importancia del Deporte y la Actividad Recreativa para Personas con Discapacidad”. Catamarca, 2006. Período 124. (TP 62) 2945-D-06. Internet. (En línea) Disponible en:

bin/om_isapi.dll?clientID=350529888&advquery=2945D06&headingswithhits=on&hitsperheading=on&infobase=tp.nfo&record={FC09}&recordswithhits=on&softpage=Document42.

⁶³ RIVAS, Francisco; LOPEZ, María Luisa. Asesoramiento vocacional de estudiantes con minusvalías físicas y sensoriales. Modulo 1. Universidad de Valencia. p. 142.

En definitiva hay que cumplir con un alto conocimiento de lo que se puede realizar, resaltar sus potencialidades, creando en consecuencia una actitud positiva hacia ellos mismos, pero siempre considerando que debe ser realista con respecto a las limitaciones que pueda acarrear la deficiencia, cuya orientación obedecen a la situación en que están, auspiciados en la idea de “superación personal “y la “lucha contra las barreras que impone la discapacidad. Coincidimos con la nueva visión que desde la OMS se pretende impulsar al sustituir los clásicos términos deficiencia/discapacidad/minusvalía⁶⁴

Por los de deficiencia/actividad (restricciones en)/participación (restricciones en). En nuestra opinión debemos proporcionar mensajes positivos, pero siempre fieles a la realidad siempre ajustada a las características de las personas y sus posibilidades, pero sin menospreciar las restricciones que entre paréntesis añadimos. Solo de esta forma podemos mantener una actitud verdaderamente profesional. Lo contrario sería sumarse a actitudes protectoras que acaban interfiriendo sobre el proceso de ajuste de la persona con discapacidad”⁶⁵

4.2.28 Ante la discapacidad, es el título del autor: Demetrio Casado. Hace relación a temas alusivos como la discriminación, la pobreza, el equilibrio entre las sociedades y la realidad desde la parte estatal. A demás lo que se vive en lo cotidiano, ya que el autor le da mucha importancia al abandono y las necesidades de la población discapacitada. A continuación se cita argumentos textuales en los cuales el autor expresa diferentes situaciones que surgen a partir de problemáticas sociales, que afectan a las personas implicadas que no disponen de ciertas posibilidades funcionales y de los accesos a diferentes fuentes de educación, empleo y de aprovechamiento del uso de su tiempo, en diversas actividades.

Discapacidad y burocracia: “La política concerniente a la discapacidad debe evitar la unificación organizativa de funciones por razones técnicas y morales”.⁶⁶

“Las probables ganancias simbólicas también se pagarían caras: el organismo privativo tiene un efecto estigmatizante, en cuanto que es una metáfora burocrática de la marginalidad social”⁶⁷

En esta parte el autor explica como desde los organismos públicos no se tiene el alcance para brindar políticas públicas a favor de estas personas, a la vez se vuelven excluyentes pareciéndose más a entidades privadas.

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 142.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 142.

⁶⁶ CASADO, Demetrio. *Ante la discapacidad: glosas iberoamericanas/* Demetrio Casado. Editorial Buenos Aires: Luman, 1995. Colección política, servicios y trabajo social. p.55

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 56

Según Demetrio Casado: “las respuestas a la discapacidad solo se desarrollaran en amistad con la justicia social si los poderes públicos se comprometen fuertemente con ellos”⁶⁸

Si el compromiso por parte de los poderes públicos fuese centrado hacia el apoyo de esta comunidad la desventaja sería menor, y ellos se incluirían en programas que promueve el Estado.

“La conciencia social racionalista considera muy importante la evitación de las malformaciones congénitas, enfermedades y traumatismos generadores de deficiencias y, frecuentemente de discapacidades. Pero la acción preventiva puede encontrarse con diversos obstáculos de carácter técnico económico, y político”.⁶⁹

El ser humano esta expuesto a diferentes situaciones ajenas en su vida, tales como accidentes, guerra, pobreza que lo pueden afectar al punto de producir secuelas funcionales y psicológicas, por más que se quieran evitar.

“La prevención sanitaria, no es reductible a un organismo, ni siquiera sanitario; al contrario, necesita que la casi totalidad de los agentes sociales se integren del espíritu preventivo”.⁷⁰

Cuando existe un compromiso fuerte desde el poder público hacia la discapacidad, seguramente de alguna u otra forma salen beneficiadas las personas que tiene algún grado de discapacidad motriz, claro está que no lo hacen desde el compromiso de la ley, si no que es por conveniencia.

Mientras no haya igualdad social con solo conciencia no se adquieren resultados, siempre se va a encontrar enfermedades que afectan y disminuyen la posibilidad de realizar actividades con mayor efectividad.

La rehabilitación por ramas: “Se han promovido iniciativas rehabilitadoras centradas en la cualificación profesional. En tales casos se procura disponer de buena oferta de información que se complementa con atenciones médico funcionales, psicoterapéutica etc”.⁷¹

“El desarrollo de las fuerzas rehabilitadoras exige que su espíritu y sus recursos se instalen en los más diversos ámbitos de las estructuras sociales y los agentes públicos. La familia y la comunidad, la atención primaria de la salud y la secundaria: los servicios de educación infantil y los de atención temprana; los servicios de enseñanza reglada y los de capacidad funcional; los servicios específicos de rehabilitación y los asistenciales; etc”.⁷²

El profesional a fin a la salud es el indicado para promover masivamente programas para la rehabilitación y habilitación de personas en situación de discapacidad, para ello se debe tener una formación especializada:

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 56.

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 57.

⁷⁰ *Ibíd.*, p. 59.

⁷¹ *Ibíd.*, p. 60.

⁷² *Ibíd.*, p. 61.

- **La accesibilidad innumerable:** “Se mencionan los edificios, el medio urbano y los transportes; la educación en sus diferentes niveles y modalidades; el trabajo y el ingreso o rentas; la expresión personal y comunitaria en su variadísima gama de facetas”.⁷³

Está visto que la ciudad de Pereira no se construyó contando con que aquí también habitan personas con discapacidad, ofreciendo a esta población una barrera más que superar frente a la sociedad.

- **La discapacidad para quienes trabajan** “La auto intervención en el área de la discapacidad se manifiesta, comúnmente, mediante la ayuda mutua asociativa y el cabildeo corporativo ante entes públicos y privados para atraer recursos”.⁷⁴

Es una salida y un apoyo mutuo hacia un bien económico para los cuales miles de familias y empresas se benefician de ellos, no solo en la parte monetaria si no que también a nivel de motivación personal.

- **La estrella del programa:** “No se trata de otorgar becas u otras ayudas individuales para compensar la desventaja de salida; la propuesta equiparadora apunta más a la configuración del medio socializado de modo que no presente obstáculos específicos para las personas con discapacidad”.⁷⁵

Se parte es de apoyar desde que nace hasta el día que deje de existir, sin crear obstáculos que generen desventaja psicológica y física para sus vidas, al contrario no solo abrir una puerta si no todas las que estén al alcance.

- **Conciencia estratégica:** “A parte de los estados miembros es importante el afecto la conformidad y respaldo de las organizaciones de personas con discapacidad”.⁷⁶

“Solo sería fundada en el supuesto de que la discapacidad no tuviera otro negocio pendiente que el de reivindicación de las oportunidades equiparadas”.⁷⁷

Es conveniente que la discapacidad obtenga sus propios beneficios generados por la misma, ya que miran hacia un mismo camino que es la rehabilitación.

- **La razón en lo que se afirma:** “Nos encontramos en países en los que ni los mas elementales apoyos a las familias con miembros gravemente dependientes (deficiencia mental profunda, lesiones de guerra, demencia senil, etc.) están garantizados. No es legítima pues, priorizar la equiparación de oportunidades a costa de las otras funciones”.⁷⁸

⁷³ *Ibíd.*, p. 63.

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 67.

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 71.

⁷⁶ *Ibíd.*, p. 71.

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 74.

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 75

Es cierto que en cualquier parte del mundo no se le garantiza apoyo a una persona en situación de discapacidad, ya que desvían su atención y su apoyo hacia otras actividades tales como la guerra o disminuyendo el presupuesto de la comunidad en actos ilícitos.

- **Las dificultades de la rehabilitación:** “La idea de la rehabilitación concierne a deficiencias se orienta hacia dos objetivos o fines plausibles: la salud y el desarrollo humano”.⁷⁹

“La oferta de recuperación profesional de adultos, en cambio; resulta escasamente apreciada y/o seguida sin que pueda aducirse la novedad como explicación”.⁸⁰

“Cabria pensar que la renuncia de los trabajadores a la rehabilitación profesional es una reacción coyuntural a la adversa situación del empleo ¿para que rehabilitarse, si las posibilidades de reubicación laboral son tan problemáticas?”.⁸¹

Cada cual vive una vida totalmente diferente pero todos apuntamos hacia una misma meta, la de tener un empleo estable y sin dificultades, tal es el caso que la renuncia a rehabilitarse y obtener un empleo independiente. Es más viable, que esperar el apoyo del estado.

Es de gran importancia mencionar que es más relevante para las personas en situación de discapacidad alimentarse que costearse una rehabilitación privada, a la que pocos tienen acceso, muchos desean y un mínimo la disfruta.

- **El espíritu dependiente:** “El éxito de la rehabilitación depende desde luego, de la pericia de quienes la proveen, pero, sobre todo, a mi parecer, de la voluntad de autonomía del sujeto”.⁸²

Además el grueso de la rehabilitación ni siquiera puede procesar, cursar, desarrollarse, gestarse sin el protagonismo recibido del rehabilitado”.⁸³

La discapacidad se encuentra en todos los estratos, en unos más marcados que en otros, puesto que la pobreza es un factor que incide sobre estas personas a diferencia de aquellas que tienen oportunidades. Cada individuo decide pese a sus dificultades psicológicas, económicas, físicas y sociales si se somete a un proceso de rehabilitación o se sigue sumiendo en un mundo totalmente apartado de lo social.

- **Equiparación de oportunidades, rehabilitación a la sociedad:** “La antítesis es la equiparación de oportunidades que, como alguna vez a dicho Ramón Puig de la bella casa viene a ser como la rehabilitación de la sociedad. Se trata de acondicionar el medio humano, de suerte que oponga obstáculos obviales de las personas con limitación”.⁸⁴

Las personas con deficiencias y limitaciones funcionales o cognitivas propenden por superar las dificultades impuestas en el medio, pero a la espera de que también sean apoyados por

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 91.

⁸⁰ *Ibíd.*, p. 91.

⁸¹ *Ibíd.*, p. 92.

⁸² *Ibíd.*, p. 97.

⁸³ *Ibíd.*, p. 97.

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 109.

las instituciones del estado, que les facilite superar ciertas barreras para su desarrollo integral y de la vida misma.

- **La Tradición Facilitadora:** es un tópico que en el pasado se excluía la gente con deficiencias, en tanto que ahora estamos por su integración,
“Se trata de una proposición plausible para la conciencia evolucionista progresista”.⁸⁵
“Sin pretender fallar el pleito me parece oportuno recordar que la equiparación de oportunidades no debe ser una invención absoluta, en cuanto que parece existir una larga tradición facilitadora de la vida para las personas con desventajas”.⁸⁶
“Pues bien la disciplina ergonómica, sin llegar a imponerse cuenta con algunas aplicaciones que pueden facilitar el trabajo de personas con discapacidades”.⁸⁷
“La igualdad formal de oportunidades ponderada por la ideología liberales rechazada por el socialismo que llegaría a propugnar la supresión de los factores de desigualdad social, especialmente la propiedad privada, así como el aseguramiento de situaciones de llegada”.⁸⁸

En la mayoría de los casos parece que es fácil observar personas que en su vida cotidiana no tuviesen ningún tipo de obstáculos pero en el fondo de la realidad se evita el libre desarrollo de estas personas ya sea por descuido o desconocimiento, o simplemente poca importancia a este problema. Lo más lógico es ponerse en los zapatos de ellos, y sin ser suficiente para dimensionar la realidad de las cosas que suceden alrededor de ellos; y descubrir cuanto hace falta y lo poco que se hace para remediarlo.

- **Los obstáculos:**“ En el área de nuestro interés, la política de equiparación de oportunidades se enfrenta, no solo con las desventajas las que se derivan de la discapacidad, resultantes de las deficiencias mismas, si no también con los obstáculos levantados por las sociedades, aparte de las que presenta el medio natural”.⁸⁹
“Los obstáculos que la sociedad opone a la gente con discapacidad son de muy diversa entidad: desde la muerte, hasta exclusiones de funciones sociales determinadas”.⁹⁰
“También veremos que son muy diferentes en lo material y lo moral las circunstancias, factores, motivos y causas por las que se producen las barreras sociales a la discapacidad”.⁹¹
“El llamado darwinismo social propugna abstenerse de cualquier tipo de ayuda a los débiles para no obstaculizar la selección natural y consiguiente mejoramiento de la especie. El mismo espíritu racista, bien que referido a un colectivo particular, encontramos en la exclusión nazi de los deficientes- diferentes”.⁹²

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 110.

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 110.

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 113.

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 114.

⁸⁹ *Ibíd.*, p. 114.

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 114.

⁹¹ *Ibíd.*, p. 114-115.

⁹² *Ibíd.*, p. 115.

“Resulta evidente para la conciencia considerar que los defectos físicos pueden implicar dificultades para el ejercicio de la función diplomática por ejemplo: pero, cualquier caso, no se puede admitir que se excluya a nadie por ellos de las pruebas del acceso a la carrera”.⁹³

“Evidentemente este fenómeno de marginación no es causado por el principio de igualdad de oportunidades, sino por una torpe gestión de la equiparación”.⁹⁴

Hasta el día de hoy falta mucho por mejorar en lo que se refiere a disminuir el impacto de las barreras naturales y las creadas por la sociedad, para la superación de estas por parte de los discapacitados. Esperar esto, involucra que toda la gente hace parte de la solución y del problema también; de modo similar en lo que imparte al profesional del deporte y la recreación está en condición de brindar soluciones a las dificultades que sobrevienen para ellos e involucrarse en los procesos de gestión a nivel gubernamental, para hacer parte de esta iniciativa, que no busca más que disminuir el impacto a que están sometidas estas personas por su condición, y poder contribuir a no ser un obstáculo para ellos.

- **Normalización, Vida independiente, Integración y equiparación de oportunidades:**

“La conciencia normalizadora aprecia potenciales que deben ser desarrolladas mediante la educación y el entrenamiento que permitirán ciertos grados de autonomía en las tareas de la vida diaria, de actividad laboral, de emancipación residencial y de independencia en las relaciones personales y familiares”.⁹⁵

Una de las medidas mediante la cual las personas con discapacidad, pueden de alguna manera mejorar su estado, es brindando un espacio en el cual, estas personas puedan moverse y ejercitar su cuerpo a través de actividades lúdicas, recreativas o deportivas. Esto con el fin de posibilitar encuentros más activos, en su estado de quietud u olvido al cual están sujetos. De ahí que se articule con más posibilidad de educación, trabajo, salud y otros componentes que ayudarán a cambiar sus condiciones de aislamiento y abandono.

- **Frentes de la Equiparación de Oportunidades:**

“Frente a lo que es usual, me parece a mi que merece ocupar el primer lugar en el recordatorio de las equiparaciones, lo relativo a la vida personal familiar debe proveerse a que los menores con discapacidad puedan vivir en familia. Esto lleva, primero, a reducir el aislamiento en casos extremos. Lleva, también a franquear el acceso de niños con deficiencia a los servicios comunes para la infancia, las familias requieren de apoyos, como ayuda domiciliaria o centros de acogida circunstanciales”.⁹⁶

Deben existir asociaciones lideradas por estas personas, donde haya una financiación casi completa del estado hacia estas sociedades, con el fin de crear sitios de acogida e integración de actividades, como por ejemplo culturales, deportivas, políticas o de convivencia.

⁹³ Ibíd., p. 121.

⁹⁴ Ibíd., p. 122.

⁹⁵ Ibíd., p. 124.

⁹⁶ Ibíd., p. 131.

Eso complementa el objetivo de reunir estos grupos de personas para su desarrollo personal y social; casi todo funciona a través de la organización, es por eso, que es de gran utilidad aportar en este sentido; para que ellos pertenezcan a sus mismas asociaciones y permanezcan en el tiempo para que perduren y no se extingan.

- **Riqueza y asistencia** “Como muestra la televisión los ricos también tienen problemas en asunto de asistencia, la mayor parte de las necesidades al pasar sobre las sociedades ricas provienen de éxitos alcanzados en la acción sanitaria.

La mejor atención obstétrica y neonatología esta permitiendo evaluar la proporción de ciertos casos de deficiencia en la infancia. Hay menos afectados de parálisis cerebral, déficit mental, fenilcetonuria o hipertiroidismo”.⁹⁷

Aunque en países ricos el panorama es diferente, algo en el fondo no difiere mucho sobre los países pobres, pero llegar a la perfección es casi imposible, entonces todo está en mejorar lo que mas se pueda, y que no se vean vacios por falta de actuar, o por dejar de hacer lo que se puede. De todas maneras hay que pedir ayuda a los que tienen el recurso, y mirar más allá para mejorar, y pasar las fronteras de realidad para no imaginar que eso ocurra.

- **Pobreza y asistencia:** La acción sanitaria ha conseguido reducir la mortalidad en los cuatro puntos cardinales. Pero solo unas pocas sociedades con economías prósperas y políticas sociales potentes disponen de una oferta general de prevención prenatal, perinatal y posnatal. En los países, como en la mayor parte de los iberoamericanos lo que se hace en prevención es escaso y muy parcial. La mayor parte de la población no tiene a su disposición sino servicios aislados. Bien sean centros convencionales, bien sean proyecto de rehabilitación en el seno de la comunidad”.⁹⁸

Donde más se percibe la discapacidad es en países pobres o subdesarrollados, esto por la merma política de prevención de enfermedades, o por la falta de recursos para la asistencia y la dotación medicinal, para evitar posibles discapacidades, por algún tipo de enfermedad que no se pudo tratar.

Estamos al frente de una realidad que no se puede eludir, en este sentido se abre un mar de inquietudes y cuestionamientos de cómo provocar que esto pueda cambiar, pues los recursos del estado se enfocan en otros frentes más necesarios, sin olvidar que el abandono a los discapacitados contribuye a mas inequidad de oportunidades para ellos, dentro de las mejoras se ve por ahora, la oportunidad de trabajo, algunas veces de educación y muy pocas en recreación y actividad física.

- **¿Es posible la rehabilitación?:** Una persona en situación de discapacidad ya sea motora u otro tipo de deficiencia esta sujeta a un proceso de desmejoramiento psicológico, social y funcional. Todo esto ocurre cuando no ha tenido la oportunidad de incluirse en actividades que mejoren sus deficiencias psicomotrices. Es entonces, frecuente observar que aquellas personas suelen vivir momentos de soledad, angustia y de abandono, tal es

⁹⁷ *Ibíd.*, p. 142.

⁹⁸ *Ibíd.*, p. 141.

el caso que no desean reactivar sus actividades cotidianas, ni mejorar su estado físico y emocional sin dejar de mencionar que desde su esfera social deberá enfrentar una sociedad con parámetros normales convirtiéndose esto en barreras que el discapacitado deberá sortear. Por eso desde la rehabilitación por medio del deporte basada en ejercicios terapéuticos y ejercicios correctivos se puede generar mayor autonomía para desarrollo personal hacia la integración y la relación social. El discapacitado logra esto haciendo actividades lúdicas y deportivas, al mismo tiempo mejora la conciencia de si mismo para no sentirse en un estado de abandono.

Cuando la persona en discapacidad no entrena sus músculos y sus sistemas en general, no podrá preservar ni mejorar sus funciones. Uno de los objetivos fundamentales a través de la práctica es fortalecerla por Ej.: la afectividad, la emotividad, el control, la percepción y la cognición.

Entender que todas las personas pueden practicar deportes con lo cual se previene deformidades, vicios corporales y recibir este servicio como un bien social, es el principio de la inserción social y por ende el primer paso hacia la integración.

- **Opinión acerca de los temas del libro:** El autor valora desde lo humano el sentir de cómo son vulnerados ciertos derechos de los discapacitados, citando todo tipo de barreras y obstáculos, a los cuales, están expuestas estas personas. A la vez que resalta el papel que debe tener el gobierno frente a este fenómeno, que esta con la humanidad; y desde este punto encontrar las facilidades y las oportunidades para superar innumerables obstáculos.

Se fundamenta principalmente en encontrar un equilibrio frente a posibilidades de integrarse laboralmente a cualquier ente gubernamental o privado, sin discriminar alguna limitación física ya que lo que busca es una reivindicación en todas las esferas de la vida. También nos lleva a preguntarnos, si la discapacidad en un país influye en el bienestar social, reflejándose en la pobreza o en el surgir de un país.

Cuando se piensa en los motivos y circunstancias que no posibilitan la equiparación de oportunidades, para estas personas es uno de los puntos a reflexionar en la investigación y en los apuntes del autor: Demetrio, Casado.

4.3 ESTADO CIENTÍFICO ACTUAL

Se encontró en la ciudad de Medellín un referente cercano a la investigación, en lo que respecta a las personas con discapacidad, llamado programa de “reacondicionamiento físico” (Daurbedigital, Medellín, 2003) Conformado por un grupo interdisciplinario que reúne al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del hospital san Vicente de Paúl y el Instituto Universitario de Educación Física. Explican además que cuentan con servicio de recogida y transporte de los pacientes con alguna lesión o impedimento, para hacerles un estudio e incorporarlos a las actividades del Instituto de Educación Física. En diferentes partes del mundo optan por priorizar las necesidades sociales de estas personas de educación, deporte, y de salud. Otro ejemplo es Club Unión Pacifico que trabaja en la

actividad física adaptada cuyo objetivo “es dotar a la persona de la movilidad suficiente para que pueda adaptarse a su entorno y llevar una vida lo más normal posible”⁹⁹. Como forma de vincular a las personas, para que se sientan bien consigo mismo y con la sociedad. Es de gran trascendencia contar con una cobertura mayor en servicios por parte de instituciones que ofrezcan programas de actividad física y rehabilitación para la población con discapacidad motora adquirida de Pereira, para brindar oportunidades y superar su condición de discapacidad en cierto modo.

La dificultad radica en que se necesitan muchas investigaciones de este tipo que promuevan el desarrollo de estas personas y principalmente enfocadas a ofrecer servicios de calidad y satisfacción a las necesidades de la población. Por tal razón el afán de propender a través de la búsqueda, de un conocimiento más cercano a la realidad de la demanda existente en esta comunidad.

“La línea de investigación en discapacidad y sociedad busca ampliar la comprensión de la discapacidad como fenómeno humano a partir de su estudio desde una óptica amplia y multidimensional que abarca los aspectos políticos, económicos, sociales y culturales del entorno y que posibilita la formulación y desarrollo de estrategias conducentes a la plena integración social de estas personas y sus familias, en los circuitos de producción, consumo y acceso a la ciudadanía. Colombia ha evolucionado en materia de planeación intrasectorial en el tema de discapacidad y es así como busca generar acciones concretas en materia de equiparación de oportunidades a través de la accesibilidad al medio físico, al transporte, la comunicación e información, la vida ciudadana y la integración educativa y laboral. Por ello la línea de discapacidad y sociedad se articula con la Universidad para asumir la responsabilidad social de la academia a partir de la formación del talento humano, del desarrollo de la investigación y el fortalecimiento académico a través de la docencia y la extensión.”¹⁰⁰

⁹⁹ SALAZAR, Ciro. Club Unión Pacifico. Club Deportivo de Discapacitados. Chile, 2006. Internet. (En línea) Disponible en: www.clubuniopacifico.galeon.com

¹⁰⁰ BEJARANO, Molina Roció. Línea de Investigación en Discapacidad y Sociedad. Facultad de rehabilitación y desarrollo humano. Bogotá. 2001-2004. Internet. (En línea) Disponible en: http://www.urosario.edu.co/rehabilitacion/invesconsul_03.htm

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO E HIPOTESIS

La presente es una investigación descriptiva, que se basa en realizar un diagnóstico sobre la oferta y la demanda de actividad física para personas con discapacidad motora adquirida en Pereira.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio comprende aquella población, que se encuentra con discapacidad motora adquirida en este caso los de plejias (perdida severa o completa de la fuerza muscular) y amputaciones, cuyas edades están entre 18 y 63 años de ambos géneros. Con niveles de escolaridad básicos que incluyen estratos 1,2 y 3. Esta población debe estar ubicada en el área metropolitana de Pereira. A su vez estar vinculados ó no, a algún programa de servicios de actividad física.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICION	ITEMS
OFERTA DE ACTIVIDAD FISICA	Cantidad de servicios disponibles para ser consumidos por personas con discapacidad motora adquirida	EJERCICIO	Conjunto de movimientos corporales que se utilizan para mantener o mejorar la forma física	TIPO
		INSTRUCTOR	Persona que instruye el ejercicio a los discapacitados	DURACION
				FRECUENCIA
				HORARIO
				INTENSIDAD
				CAPACITACION
				EXPERIENCIA
				NIVEL

		PROGRAMA	Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión	METAS
				METODOLOGIA
		INSTITUCION	Organismo que desempeña una función de interés, publico especialmente benéfico	VISION
				MISION
				PRINCIPIOS
				OBJETIVOS
SERVICIOS	Cantidad y calidad en servicios de actividad física en personas con discapacidad física adquirida	EJERCICIO	Conjunto de movimientos corporales que se utilizan para mantener o mejorar la forma física	TIPO
				DURACIÓN
				FRECUENCIA
				HORARIO

		PROGRAMA	Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión.	COSTO
				BENEFICIARIOS
				TIPO DE PROGRAMAS
DISCAPACIDAD MOTORA ADQUIRIDA	Trastornos relacionados con alguna alteración motriz, debido al mal funcionamiento del sistema óseo articular	TIEMPO	Duración y secuencia de los sucesos que se adquiere la lesión.	DURACIÓN
		SEVERIDAD	Se refiere a que tan afectada esta el miembro de la lesión.	RESTRICCIÓN
		LOCALIZACION	Lugar donde se halla la lesión, del afectado.	SITIO
		MOVIMIENTO	Estado de las partes del cuerpo afectadas que están limitada para cambiar de posición	FUNCIONALIDAD

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento se construyó en forma de encuesta y esta se realizó como una entrevista personal, donde un entrevistador aplica el cuestionario a los respondientes (los entrevistados), este mismo va formulando las preguntas y anotándolas respuestas.

Se empleó dos tipos de encuesta, una auto administrada para las personas del estudio y la otra para las instituciones. Se escogió un número de personas que cumplieran con las características de la población a estudiar porque ante la sociedad son invisibles y cada día se ven más involucrados en situaciones de pobreza y abandono. Una vez seleccionadas estas personas se les hará una inducción, explicando en qué consiste, cual es el objetivo de la encuesta y para que se va a utilizar.

Se recolectaron los resultados de tal forma que a cada pregunta será analizada con sus respuestas las cuales arrojarán unos valores que se representan en porcentajes y así se examinará en cada una de las tablas, agrupándolos para interpretar cada uno de los interrogantes de la encuesta.

La técnica se realizará por medio de una muestra simple al azar donde 48 fueron las personas escogidas para la aplicación de la encuesta cuya muestra tenga las mismas características de la población y que cumplan con todos los elementos de esta.

El instrumento cuya elaboración es la encuesta fue realizado por los investigadores del trabajo y conto la revisión y la validación de Claudia Cardona Triana, John Jairo Trejos, y Alejandro Gómez.

Descripción de sus partes.

La construcción del instrumento se realizó identificando las variables respecto al título de la investigación, de estas variables se desprendieron las dimensiones, para hacer los ítems y se identificaron unos ejes temáticos que centralizó el objeto de estudio (discapacidad motriz, discapacidad física, actividad física en discapacitados y el tema ante la discapacidad de Casado Demetrio. Para cada una de las variables, dimensiones e ítems se introdujo las definiciones, que permitió hacer el derrotero de preguntas, para luego seleccionar las más apropiadas y diseñar el instrumento. Posteriormente se procedió a aplicar la prueba piloto en una población seleccionada, que se encontró en la institución Fundación acción motora.

El instrumento lleva el título de la investigación, con el nombre del programa y el de la Universidad, el encabezado, objetivo, las preguntas y el agradecimiento.

5.4.1 Prueba piloto en Pereira (Colombia)

El instrumento de medición utilizado fue auto administrado en la fundación Acción Motora. Se utilizaron dos encuestas diferentes, uno para la institución y otro para la población con discapacidad motora adquirida. La población que participó en la prueba fue escogida al azar, una pequeña muestra de 5 personas, con una edad promedio de 35 a 70 años, todos de género masculino.

5.5 EVALUACIÓN BIOETICA

La presente investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, según lo establecido en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social. Ya que está diseñada de tal forma que, no se hará una intervención de forma directa. Se realizará por medio de una encuesta escrita administrada, la cual se entregara a cada persona respondiendo de manera sencilla.

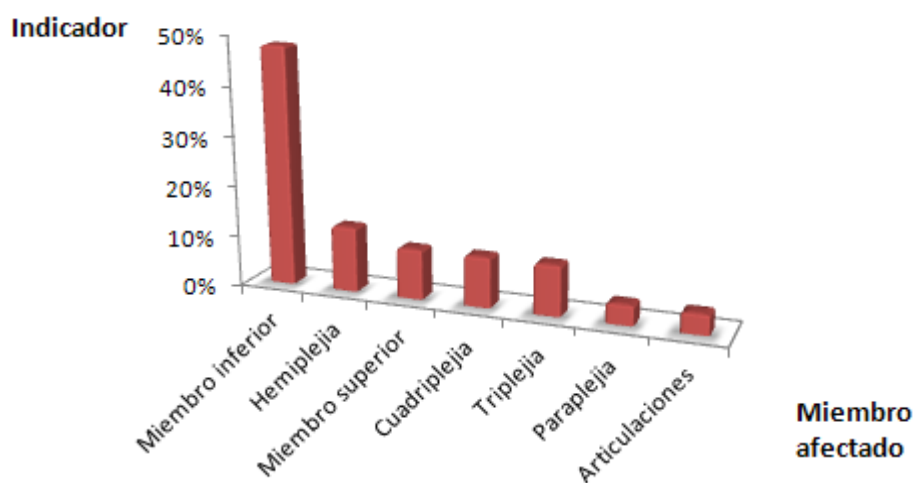
5.6 PLAN DE ANÁLISIS

Se realizará un análisis univariado de cada característica, utilizando para ello medidas de tendencia central y dispersión, y las graficas respectivas.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

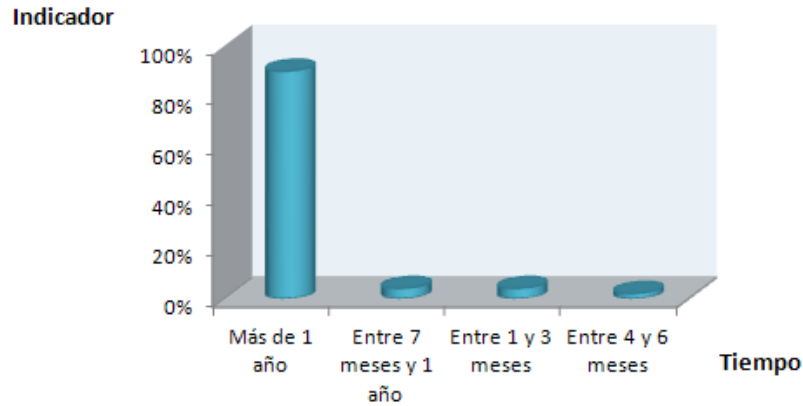
Oferta y demanda en servicios de actividad física en personas con discapacidad motora adquirida en Pereira (para los discapacitados)

Figura 1. Clasificación de la población, según miembro afectado



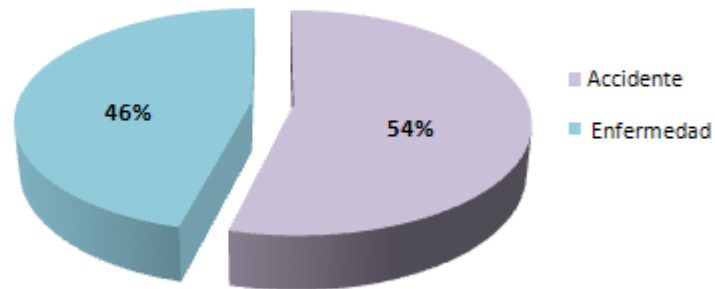
Según la gráfica, el estudio fue aplicado a población con discapacidad motora, y para este caso es el miembro inferior el más afectado. Lo anterior, debido a que muchos de estos han sido amputados y se encuentran en sillas de ruedas, muletas y prótesis actualmente, ya que necesitan una ayuda funcional.

Figura 2. Porcentaje de la población, según tiempo que llevan con su discapacidad motriz.



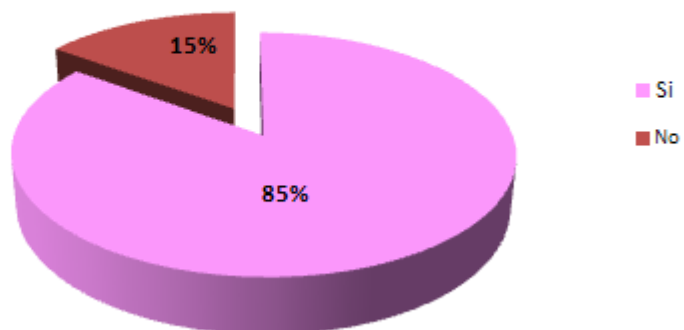
La población de estudio, revela que adquirieron su discapacidad hace más de 1 año. Estas personas, han tomado conciencia de su problema y son las más frecuentes en la utilización de servicios recreo-deportivos. Sin embargo, a pesar de que son pocos los discapacitados que llevan consigo la discapacidad por de menos de 1 año, estos no han superado el proceso de adaptación a su discapacidad, por lo que aun no asisten a dichos servicios, siendo excluidos de estos.

Figura 3. Porcentaje de la población, según causas de la discapacidad motriz



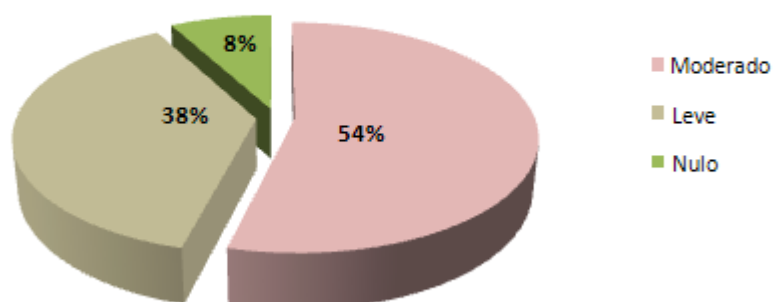
Los accidentes laborales, automovilísticos y provocados por la violencia, son la mayor causa de discapacidad en la población de estudio. Sin embargo, el porcentaje de causas por enfermedad es muy similar, debido a que muchas personas descuidan sus tratamientos específicos y en especial, las actividades de prevención de enfermedades como la poliomielitis.

Figura 4. Población discapacitada, según necesidad de un elemento funcional para realizar sus actividades



Como se puede observar en la gráfica, la mayoría de la población necesita de un elemento funcional, que le facilite el desarrollo de sus actividades habituales. Lo que supone, que gran parte de la población esta muy limitada, a la hora de efectuar sus actividades laborales, personales e incluso de actividad física activa.

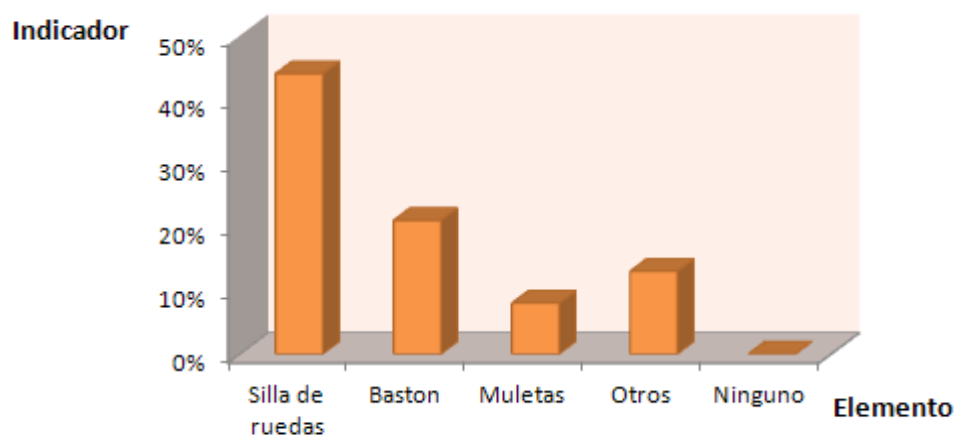
Figura 5. Porcentaje de la población, según nivel de movilidad en función del estado de discapacidad



Según la gráfica, el nivel de movilidad en la mayoría de discapacitados es moderado, lo que clarifica que en la gráfica 4, a pesar de que gran parte de la población esta limitada y necesita un apoyo funcional, su movilidad es positiva, lo cual facilita el desarrollo de

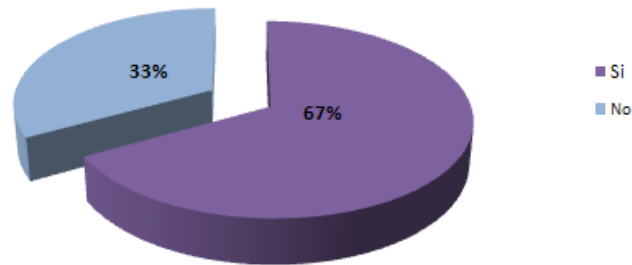
actividades en general. Por lo demás, muchas de las personas discapacitadas que acceden con frecuencia a servicios de actividad física, han obtenido beneficios para mejorar su condición y aumentar su nivel de movilidad, lo que sugiere incluir al resto de la población, para que goce de estas actividades y se rehabilite de manera efectiva.

Figura 6. Porcentaje de personas discapacitadas, según utilización de elemento funcional para realizar actividades habituales



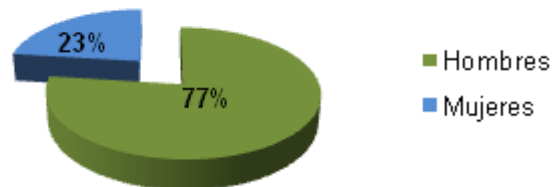
Como se observa en la gráfica, el porcentaje de personas que más utilizan un elemento funcional, corresponde a silla de ruedas, lo que se suponía según los resultados obtenidos en la gráfica 1, en donde se refleja que el miembro afectado con mayor incidencia es el miembro inferior. Por lo demás, las personas que utilizan un bastón u otros elementos para realizar sus actividades, podrían ser afectadas positivamente con la actividad física, ya que poseen un mayor nivel de movilidad.

Figura 8. Porcentaje de personas discapacitadas, según práctica de actividad física individual.



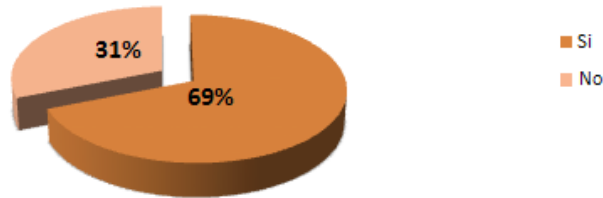
Según la gráfica, la mayoría de la población realiza algún tipo de actividad física de manera individual. Lo que puede ser muy positivo, a la hora de acceder a un programa en donde se le intensifique el movimiento, con el fin de mejorar su condición de discapacidad o al menos evitar, esta empeore.

Figura 9. Porcentaje de personas en situación de discapacidad según género, expuestos a riesgos en general.



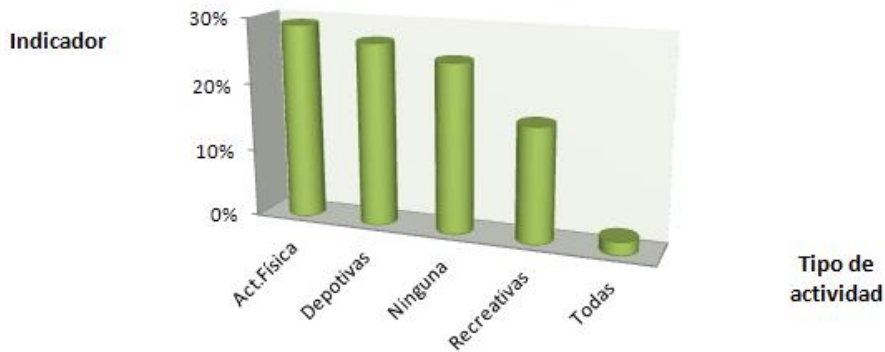
Según la variable género, los hombres se encuentran en un mayor nivel de riesgo, en relación con las mujeres. Dicho riesgo, hace referencia a la exposición de actividades como: deportes extremos, actividades laborales, trabajos de esfuerzo, accidentes automovilísticos por eso figuran en un alto porcentaje como lo muestra el estudio.

Figura 10. Porcentaje de personas discapacitadas, que realizan algún tipo de actividad física.



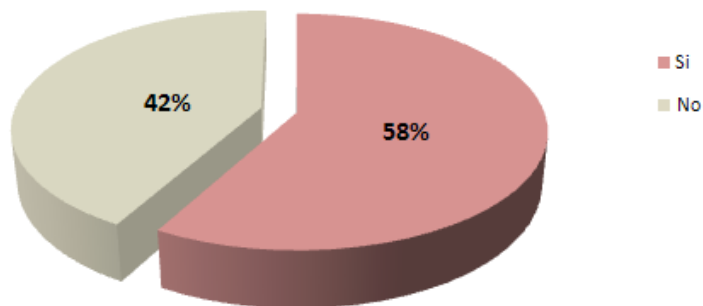
De acuerdo con la gráfica, se observa que el mayor porcentaje de la población, sí realiza actividad física, lo que supone, para ellos resulta muy importante ejercitarse y mantenerse activos, o simplemente disfrutan hacerlo. Sin embargo, se considera que existe un porcentaje muy alto de personas que no efectúan actividad alguna, lo que podría complicar el proceso de recuperación, siendo la actividad física, base fundamental para la rehabilitación y el mantenimiento de su funcionalidad actual.

Figura 11. Clasificación de actividades que realiza la población, según preferencia.



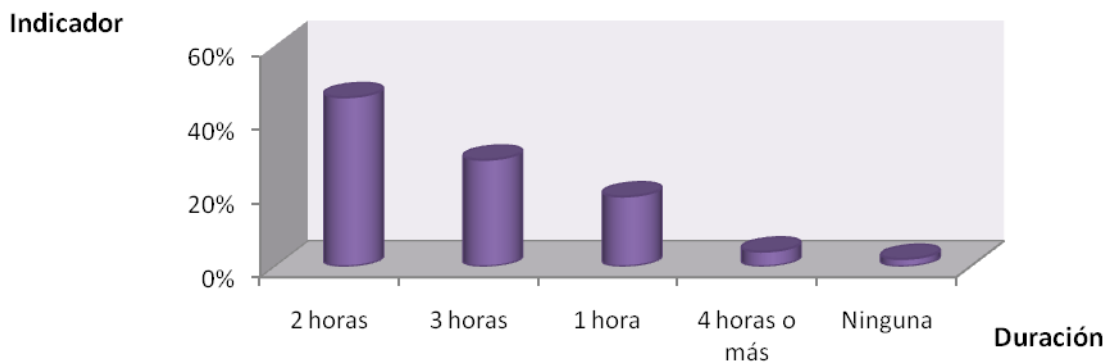
Como se evidencia en la gráfica, existe una parte muy significativa de la población, que no realiza ningún tipo de actividad, esto se considera preocupante en el estado que ellos se encuentran y además, refleja una falta de compromiso por parte de las instituciones dedicadas a ello. Por lo demás, se observa que las actividades de mayor preferencia por la población, son: la actividad física y las deportivas. En el caso de la actividad física, por involucrar todo tipo de movimientos corporales, lo que facilita su ejecución en la mayoría de estados de discapacidad. Y en cuanto a lo deportivo, por incluir el trabajo en equipo e integración social que ellos necesitan.

Figura 12. Porcentaje de discapacitados que consideran suficiente, el tiempo que ofrecen las instituciones para realizar A.F.



Según la gráfica, se observa que la población concibe el tiempo que ofrecen las instituciones, tanto como suficiente, como insuficiente. Es decir, los porcentajes son muy similares, ya que posiblemente los discapacitados que se interesan por dicha ejecución y lo disfrutan, sentirán la necesidad de intensificar su práctica; y por contraste como se contempla en la grafica 11, la cantidad de personas que no realizan ninguna actividad, ni son conscientes de su importancia, pueden tomar de manera indiferente dicho tiempo de ofrecimiento.

Figura 6. Periodo de tiempo que les gustaria dedicar para la realización de actividad física.



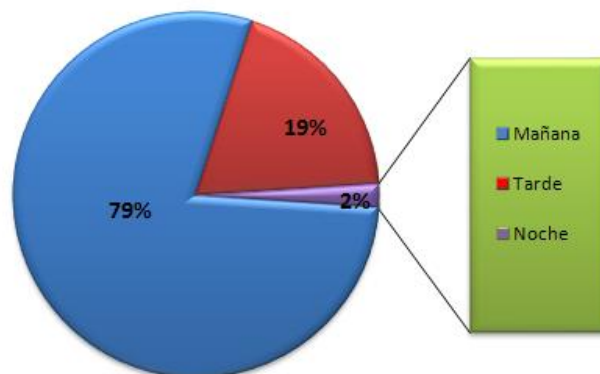
Como se observa en la gráfica, la duración de las actividades que prefieren a diario las personas en discapacidad, supera los 30 minutos sugeridos para efectuar cambios positivos en el organismo. De forma que el tiempo de entre 2 y 3 horas, es un tiempo adecuado que puede facilitar y mejorar los niveles de movilidad de los miembros afectados, y posibilitar su adecuada evolución funcional.

Figura 14. Frecuencia sugerida por la población, para la realización de A.F. semanalmente



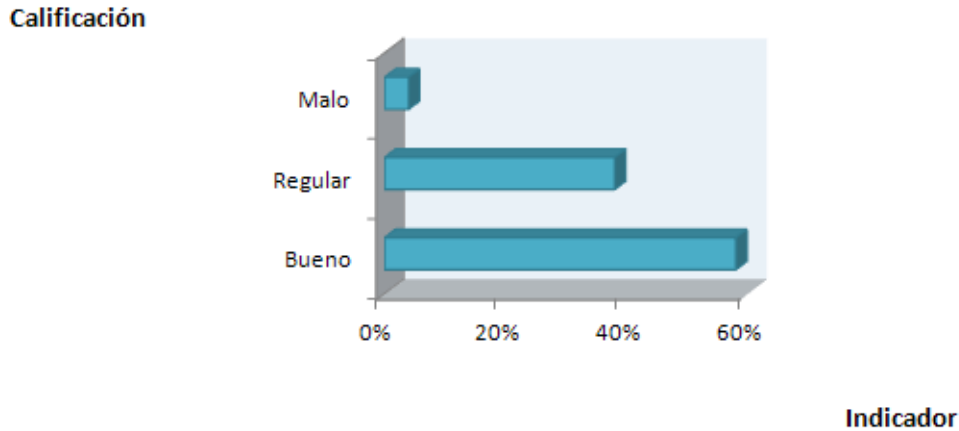
A la luz de los resultados obtenidos, la población considera que deberían asistir entre 3 y 4 veces por semana, a los centros deportivos o recreativos. Esta posición, debido a que ellos sienten que en ese espacio es donde desarrollan sus habilidades físicas y psicológicas, y/o pueden recuperarse.

Figura 15. Jornada predilecta por la población, para la práctica de A.F.



La jornada preferida para realizar actividad física según la población, es la matutina. De acuerdo a la tradición de los adultos mayores, es mejor madrugar a ejercitarse, para así mantener activos todo el día. Por lo demás, ellos consideran que las tardes, deberán ser destinadas a las tareas laborales y/o familiares.

Figura 16. Calificación del servicio de actividad física por la población, según la calidad ofrecida en las instituciones.



En cuanto a la calidad del servicio, muchas personas consideran que el servicio efectuado por las instituciones es regular, ya que existen pocos profesionales que intervengan su problemática, así como también los materiales necesarios a la hora de realizar la actividad. Sin embargo, para la mayoría de la población el servicio ofrecido es bueno, ya que muchos han encontrado beneficios directos para su rehabilitación y un espacio para socializar con otros discapacitados.

Oferta y demanda en servicios de actividad física en personas con discapacidad motora adquirida en Pereira (para las instituciones)

Tabla 1. Programas que ofrecen para las personas con discapacidad.

	Pública	Privada
Ejercicio Físico	2	2
Actividades Lúdicas	2	2
Deportes	2	2
Recreación	2	2
Otro, ¿Cuál?		

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Todas las instituciones dedicadas al manejo de la discapacidad en la ciudad de Pereira, ofrecen actividades especiales en actividad física, para dicha población. Pues según la ley es

un deber de las instituciones y derecho para los discapacitados ser beneficiados de estos servicios.

Tabla 2. Duración de los programas que ofrecen para los discapacitados.

	Pública	Privada
3 meses		
6 meses		1
1 año	1	
Más de 1 año		1
Otro ¿Cuál?	Depende de la duración de los contratos.	

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Las instituciones investigadas, coinciden en que sus programas perduran por más de un año. Si embargo, manifiestan que la duración de estos depende de los contratos que asignen para su desarrollo, especialmente en las instituciones públicas. A razón de esto, no hay continuidad en los programas que se ofrecen sobre actividad física, lo que ocasiona una desvinculación de las personas y por ende una limitación de sus beneficios.

Tabla 3. Número de veces por semana en que se utiliza un servicio para la población.

	Pública	Privada
1 vez x semana		1
2 a 3 veces x semana	2	1
4 o más veces x semana		
Otro, ¿Cuál?		

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Según el estudio, las instituciones no ofrecen suficiente tiempo para que las personas discapacitadas asistan frecuentemente, y así su rehabilitación sea más satisfactoria. Por lo demás, se considera que dichas instituciones deberían tener disponibilidad de programas continuos toda la semana, lo que facilitaría la asistencia por parte de una mayor cantidad de población.

Tabla 4. Horario de atención utilizada por la población

Pública	Privada
Martes- Jueves- Sábado	Lunes- Miércoles- Viernes
8 a 11 am	8 a 12 am
lunes a Viernes	Miércoles en la tarde
Mañana y tarde	

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

La mayoría de las instituciones prestan su servicio todos los días, lo cual es ideal. Los usuarios están dispuestos a asistir toda la semana y contribuir con la participación de los programas que allí se desarrollen, a beneficio de ellos.

Tabla 5. Grado de capacitación que tienen los instructores para la prestación de servicios de actividad física

	Pública	Privada
Técnico	1	
Tecnológico		
Profesional	1	1
Especialista		1
Otro cual ?		

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

En cuanto al nivel de capacitación de las personas encargadas de orientar las actividades para los discapacitados, parte desde un grado técnico hasta profesional y especialista. Lo que revela que estos son idóneos para intervenir las tareas dirigidas a este tipo de población; teniendo en cuenta que estos perfiles, son los indicados para brindar calidad y desempeño.

Tabla 6. Tiempo que se lleva manejando los programas por parte de las instituciones.

	Pública	Privada
6 meses		
1 año		1
Más de 1 año	2	1

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Según el tiempo de duración de los programas que se manejan en las instituciones, es indispensable que este sea a largo plazo, con el fin de cumplir los objetivos propuestos. Sin

embargo, en muchas instituciones públicas, los contratos se terminan y las personas quedan a la deriva; lo que no debería ocurrir, debido a que de ello depende la rehabilitación adecuada de dichas personas.

Tabla 7. Metodología utilizada para los programas que se prestan a la población

Pública	Privada
Personalizado y nivel de movilidad	Beneficios directos
Por mando e instrucciones	Rehabilitación Basada en Comunidad

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

En todas las instituciones manejan diferentes enfoques de intervención como lo muestra la tabla. Cuentan con un portafolio de servicios variado que tiene por objetivo el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida del discapacitado; lo que evidencia que sí están facultadas para prestar este tipo de servicios.

Tabla 8. Misión utilizada por las instituciones.

Pública	Privada
Promocionar La recreación	Ayudar Población Discapacitada
Prestar mayor cobertura	No

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Las entidades en general, apuntan a desarrollar estrategias que involucran la práctica deportiva y de esparcimiento. Dichas estrategias con el fin de acoger la mayor parte de la población en discapacidad.

Tabla 9. Principios corporativos institucionales que se manejan

Privada	Publica
Igualdad, participación, integración población	Servicio, honestidad, calidad
No	honestidad

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

Para las instituciones, los principios más importantes se fundamentan en valores, que además de formarlos como personas, tienen como prioridad el fortalecimiento de la autoestima y sentido de pertenencia con la institución. Sin embargo, la cobertura que poseen no es la mejor, por lo cual no se cumple a cabalidad con la inclusión.

Tabla 10. Los objetivos de las instituciones.

Privada	Privada
Promoción de la cultura, respetar la institución. Capacitación en actividades laborales. Promoción de la Recreación y el Deporte.	Beneficiar la población, vulnerable. Desarrollar procesos académicos nuevos.
No	Ofrecer servicios óptimos en rehabilitación

Fuente: Arquímedes Mazo Caselles, Marlelly Ciprian Diaz

En cuanto a los objetivos, las instituciones señalan que desean lograr que toda la población discapacitada participe en sus proyectos, que se preparen socioculturalmente y se dirijan conjuntamente a unificar ideas y criterios, desde la visión de ellos y necesidades. Por lo demás, no se releja que algunas instituciones cumplan con algunos objetivos descritos en su porfolio de servicios.

7. DISCUSIÓN

Dentro del estudio de la oferta en el municipio de Pereira existen 4 entidades que trabajan por la discapacidad física, dos son públicas, la Secretaria Municipal de Deporte y Recreación atiende un promedio de 55 personas directamente y tiene una metodología de intervención por medio de mando e instrucciones, la otra es la Secretaria Departamental de Deporte y Recreación que cubre 40 personas directamente y usan métodos de atención al usuario de forma personalizada y por nivel de movilidad. En tanto que las privadas son Fundación Acción motora con 80 personas vinculadas directamente y 297 indirectamente ofreciendo rehabilitación basada en comunidad, evaluación funcional especializada, lúdica terapéutica, rehabilitación integral, y Asodiris con 30 beneficiarios directos usando los servicios en su totalidad y 60 regularmente, brindando programas que se encargan de aplicar beneficios directos a la población en situación de discapacidad. El estudio orientado por los investigadores encontró que la población total es de 2486 personas con diferentes clases de discapacidad, y 648 con discapacidad física, de esta totalidad solo se benefician con programas de rehabilitación y actividad física 205 personas, entonces se debe promover la cobertura para erradicar el problema o por lo menos atenuarlo, ya que se están quedando sin atender 443 personas.

Aunque las instituciones en la mayoría de veces no lo cumplen, puesto que las personas durante el proceso de entrevista manifestaron no recibir todo lo que ofrecen estas, en sus deberes y servicios. Así mismo la demanda es bastante amplia, y un número muy pequeño se beneficia de la oferta, lo que demuestra que la oferta es reducida en comparación con la demanda actual.

Del mismo modo no se representa fielmente la realidad cuando se habla de la misión que es ofrecer, promover la recreación y el deporte, prestar mayor cobertura con énfasis en rehabilitación y ayudar a la población discapacitada. De ese modo se pudo constatar que las instituciones están regidas por los principios corporativos de igualdad, participación, integración de la población, servicio, honestidad y calidad. Para cumplir con ello es necesario promocionar políticas de inclusión, orientadas a fomentar la cultura de la rehabilitación a través de medios como el deporte y la actividad física. Por otro lado hay principios que deben cumplirse a cabalidad, dentro de los que están los siguientes objetivos que son: promover la cultura, respetar la institución, capacitación en actividades laborales, promover la recreación, el deporte, beneficiar la población vulnerable, desarrollar procesos académicos nuevos, y ofrecer servicios óptimos en rehabilitación. Desde este punto de vista es lo ideal, sin embargo no se cuenta con los mecanismos orientados a brindar una oportunidad de integración, igualdad y autonomía.

Uno de los hallazgos confirmó que el más vulnerable es el sexo masculino, y se menciona este ítem, porque se identificaron aspectos a los que se exponen en la vida diaria, que involucran alto riesgo, en los que se presentan diferentes peligros, de todos modos el estudio arrojó que los accidentes son los más comunes (de tránsito, atentados, en bicicletas, cirugía mal practicada o por amputación) y no por enfermedad en general.

Entre tanto lo lógico era conocer si practicaban alguna actividad, cualquiera que fuese, con tal de que lo hicieran dentro de una entidad pública o privada y supervisado por profesionales, para darle orientación calificada y que fuera incluyente en lo social, y con componentes de oportunidad para participar de los programas ofrecidos. De ahí que la preferencia es la actividad física porque involucra todo tipo de movimiento, como: movilidad articular, caminar, deportes y actividades al aire libre. Más de la mitad de los encuestados si hacen ejercicios corporales individuales, y aquellos que no lo hacen manifiestan que hay poca oportunidad de desarrollar momentos de esparcimiento, también opinan que la cobertura por parte de las instituciones encargadas es insuficiente. Por consiguiente aquellos que no están vinculados de manera directa o indirecta, siguen si dejar de hacer rutinas individuales como la ejecución de movimientos corporales o de gimnasia pasiva. Un poco más de la mitad se han beneficiado del ejercicio a tal punto que su nivel de movilidad es moderado, con patrones de movimiento que alcanza hacer, cuando casi antes no lo hacia. Esto lo han logrado puesto que han continuado en su proceso de mejoramiento de su condición, esto confirma que sí se encuentran en condiciones de realizar actividad física y otras tareas básicas en la vida cotidiana. Como resultado ellos pueden seguir con el lineamiento enfocado a mantener sus habilidades funcionales activamente.

Al momento de evaluar las entidades encargadas de ofrecer los servicios de actividad se diagnosticó, que no hay continuidad en los contratos para los servicios de actividad física, los usuarios quedan sin la oportunidad de seguir en estos pues no perduran en el tiempo, pero un aspecto positivo es que las privadas sí se mantienen con los programas, ofreciendo gratuidad al usuario. De tal manera que si el beneficiado no necesita pagar podrá continuar en su rehabilitación, y mientras se mantenga durante periodos más largos el servicio ofrecerá una mejor calidad, contribuyendo al desarrollo integral del individuo. Con relación al lo antes mencionado las instituciones argumentan que lo significativo es prestar mayor cobertura para las personas discapacitadas, en la recolección de la información no se evidencia dicha afirmación de que exista una buena cobertura por parte de estas, porque en la investigación se encontró que para la calidad e inclusión social no es la ideal, y les parece que falta más en la parte de diseñar metodologías, de tal forma que alcance la cobertura e incluso que llenen sus expectativas a un mejor servicio y cantidad de beneficiarios. Para llevar a cabo todo lo relacionado con la prestación del servicio el nivel de los instructores y de aquellos encargados de dirigir las actividades para estas personas, es el requerido y acorde a la preparación académica. Todas están orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, tendientes a elevar sus condiciones funcionales.

Teniendo en cuenta la ley 762 de 2002, la cual dice: “Reafirmando que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano”¹⁰¹. Según los datos arrojados por la investigación el estado no esta haciendo cumplir a cabalidad o completamente la ley, se observó durante la realización del análisis de la investigación que los derechos de las personas con discapacidad en la

¹⁰¹ Op., cit. Diario Oficial No. 44.889.

actualidad no son los mismos que los de las personas que no tienen ningún tipo de discapacidad, además la sociedad civil no esta haciendo valer sus derechos ya que las estadísticas muestran que el porcentaje de personas que trabajan es muy bajo, la atención integral en los servicios de salud solo se limitan a atender enfermedades en general y no se preocupan por brindar programas que rehabiliten la población.

Por otro lado las personas con discapacidad están dispuestas a rehabilitarse por medio de la actividad física, además los que no practican ninguna actividad se debe a varios factores determinantes que son: tener una cultura equivocada acerca de la importancia de mantener sus condiciones físicamente, no asumir su discapacidad y no realizar el proceso de duelo lo que deteriora su estado funcional, dificultades en el transporte, problemas económicos, estos son algunos de los motivos que influyen negativamente, porque posiblemente no tienen una asesoría profesional y científica en cada uno de estos procesos, además por la poca convocatoria no conocen los lugares de práctica, tal como lo indican los datos obtenidos mediante la encuesta. Por otra parte el Municipio de Pereira tiene un mínimo de accesibilidad siendo este un factor para que no haya forma de desplazarse fácilmente.

Los autores de este estudio están de acuerdo con las afirmaciones que hace el autor Demetrio Casado cuando se refiere a que la accesibilidad en general de las personas en situación de discapacidad es muy baja. Puesto que según el autor anteriormente citado dice: “Evidentemente este fenómeno de marginación no es causado por el principio de igualdad de oportunidades, sino por una torpe gestión de la equiparación”.¹⁰²

Cabe resaltar que los datos arrojados de este estudio no son muy diferentes al estudio realizado en Medellín 2003 que dice:

- Para la mayoría de las instituciones, la intervención se queda corta frente al propósito de integración de las personas a su entorno, dentro de una comprensión integral de la persona y su situación de discapacidad.
- En la mayoría de instituciones se encontraron deficiencias significativas en el área de direccionamiento estratégico y en la gestión de calidad.
- La mayoría de instituciones no cuentan con procesos implementados de trabajo en red, delegando en el usuario la responsabilidad de buscar y obtener el servicio que requiere.
- Existen barreras culturales y económicas que impiden al usuario el fácil acceso a los servicios de rehabilitación integral.

Lo anterior porque de acuerdo con este estudio de oferta y demanda en servicios de actividad física, coincide con los referentes antes mencionados, confirmando que la teoría encontrada y los estudios citados avala que la investigación desarrollada por los autores, se relaciona en gran medida con los resultados obtenidos a la luz.

¹⁰² Op., cit. CASADO, Demetrio. p. 114.

8. CONCLUSIONES

- El estudio demuestra que la prestación de servicios de actividad física para personas en situación de discapacidad es del 32%, con relación a la demanda que es del 68% en el municipio de Pereira.
- La cantidad de usuarios que practican algún tipo de actividad física supera el 60%, esto no quiere decir que la mayoría se beneficien en calidad y en cobertura, ya que estos manifiestan que no utilizan los medios para la promoción y divulgación de los programas que ofrecen las instituciones.
- Cada una de estas entidades tiene una metodología específica de intervención, es personalizado y por nivel de movilidad, por mando e instrucciones, rehabilitación basada en comunidad y beneficios directos.
- Las entidades encargadas, públicas y privadas que ofrecen servicios de actividad física, no manejan una metodología estratégica de mercadeo en función de promocionar los servicios hacia la satisfacción de necesidades del cliente, en este caso las personas en situación de discapacidad.
- Los motivos por los cuales estas personas no practican actividad física son porque encuentran pocos recursos económicos para el transporte y movilidad, falta de motivación, ausencia de información acerca de estos servicios, e implementación limitada para la práctica.
- Falta de capacitación por parte de las entidades de salud a las personas en situación de discapacidad y de sus familias que no tienen la preparación educativa y cultural para los cuidados de ellos, sobre la mejor manera de abordar su problemática y ayudarlos a acceder a los servicios que presta el Estado y las entidades privadas.
- Para muchas de estas familias y cuidadores es más fácil dejar a la persona en la casa que buscar alternativas para su recuperación ya que tienen la concepción cultural de que no hay nada más que hacer.

9. RECOMENDACIONES

- El estudio se enfoca en la oferta y la demanda de actividad física sólo para la población con discapacidad motriz, sin tener en cuenta otros tipos de discapacidad, como la auditiva, visual o cognitiva etc. Esto para decir que la población es muy amplia, y que necesita otras fases de estudio que complementen el que ya existe, para contribuir a la investigación de otras poblaciones ya mencionadas.
- Las instituciones cuentan con programas creados y operando para la atención en actividad física y recuperación funcional, sin embargo hay un vacío en la forma de promoción y convocatoria de las personas que necesitan dichos servicios, lo ideal es que estas se encarguen de involucrar el mayor número de personas, en convocatorias masivas por medio de publicidad.
- El Estado debe contratar profesionales encargados de desarrollar estas actividades en zonas donde haya población en situación con discapacidad, y ofrecer una forma fácil de acceder a estos servicios de tal manera que puedan ser atendidos más cerca de sus hogares.
- Las instituciones deben hacer una planificación estratégica de mercadeo enfocada a difundir de una forma más clara y eficiente, haciendo que masifique la participación de estas personas aumentando así la calidad y cobertura del servicio.
- La sociedad civil debe organizarse para ejercer su derecho a la atención primaria, secundaria en salud, debe participar más activamente de los diferentes consejos y comités municipales y departamentales que propenden por desarrollar estrategias que de alguna forma ayudan a mejorar la calidad de vida de estas personas.

ANEXOS

Anexo A:

Encuesta para instituciones



OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA ADQUIRIDA EN PEREIRA.

OBJETIVO: Determinar la cantidad de personas que se benefician de un servicio de actividad física y así mismo encontrar, si lo que se ofrece en el medio, es suficiente para las necesidades de las personas con discapacidad motora adquirida en la población de Pereira.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible, sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Gracias

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

TIPO: Publica _____ Privada _____

ENTREVISTA. SEÑALE CON UNA X

1. ¿Qué Tipo de programas ofrece para las personas con discapacidad?

Ejercicio físico _____ Actividades Lúdicas _____ Deporte _____ Recreación _____

Otro: _____ Cual: _____

2. ¿Cuánto duran los programas que ofrecen para los discapacitados?

3 meses _____ 6 meses _____ 1 año _____ más de 1 año: _____ otro: _____
cual: _____

3. ¿Cuántas veces por semana se utiliza el servicio para dicha población?

1 vez por semana _____ 2a 3 veces por semana _____ 4 o más veces

Otro: ____ Cual: _____

4. ¿Cuál es el horario de atención utilizada por la población? (especifique el día y la hora)

Día _____ hora _____

5. ¿Qué grado de capacitación tiene los instructores para la prestación de dichas actividades?

- a. Técnico _____
- b. Tecnólogo _____
- c. Profesional _____
- d. Especialista _____
- e. Otro _____
- f. Cual _____

6. ¿Cuánto tiempo lleva manejando estos programas?

6 meses _____ 1 año _____ más de 1 año _____

7. ¿Cuál es la metodología utilizada en los programas que se prestan a la población?

8. ¿Cuál es la misión institucional utilizada por ustedes?

9. ¿Cuáles son los principios corporativos institucionales que manejan?

10. ¿Cuáles son los objetivos de la institución?

Le agradecemos por contestar el cuestionario anterior. Sus respuestas son confidenciales, y se utilizaran para una investigación de trabajo de grado.

Anexo B.

Encuesta para discapacitados



Universidad Tecnológica de Pereira
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA RECREACION



OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA ADQUIRIDA EN PEREIRA

OBJETIVO: Determinar la cantidad de personas que se benefician de un servicio de actividad física, y encontrar las causas por las cuales los individuos con discapacidad no están adscritas a un programa de este tipo.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible, sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Gracias

CUESTIONARIO

Edad____ Genero_____

1. ¿Ha participado en algún tipo de actividad física especial para discapacitados?

Si____ No____

Si su respuesta es no, explique cuales han sido los motivos

2. ¿En que tipos de actividades ha participado?

Deportivas____ Recreativas____ Actividad física____ Ninguna____

Si su respuesta ha sido NINGUNA, describa porque.

3. ¿Realiza actividad física individual?

Si____ No____ Cual_____

4. ¿El tiempo de actividades físicas, deportivas y recreativas ofrecidas por las instituciones, es suficiente para usted?

Sí____ No____

5. ¿Cual considera usted es el tiempo apropiado para realizar las actividades físicas, deportivas o recreativas?

1 hora____ 2 horas____ 3 horas____ otro:____ cual:____

6. ¿Cuántas veces a la semana debería asistir a la actividad?

Una vez____ Dos veces____ tres veces____ 4 o mas veces____ otro:____ cual:____

7. ¿Cuál es el horario de asistencia a las actividades, si asiste o va asistir?

Mañana____ Tarde____ Noche____

Hora:_____

8. ¿Usted como usuario ha pagado alguna vez por estos servicios de actividad física?

Si____ No____

Si su respuesta es si:

¿Se acomoda su presupuesto a lo exigido por la entidad?

Si____ No____

9. Considera que los servicios ofrecidos para discapacitado son:

Bueno____

Regular____

Malo____

Por que _____

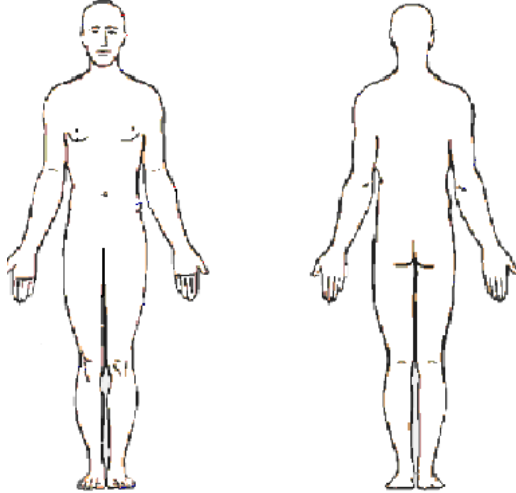
10. ¿Hace cuanto tiempo adquirió su discapacidad?

Ente 1 y 3 meses____ 4 y 6 meses____ 7y 1 año____ más de 1 año____

11. ¿Cómo adquirió su discapacidad?

En un accidente__ por enfermedad____ Otro____ Cual?_____

12. Marque con una “X” ¿Cuál es la parte de su cuerpo afectado?



13. ¿Necesita usted un elemento de apoyo funcional para realizar sus actividades?

Sí____ No____

¿Qué tipo de apoyo?

Bastón____ muletas__ silla de ruedas____ Otro____ Cual_____

14. Sin la ayuda de otra persona, Usted realiza actividades tales como:

Vestirse solo____ Caminar solo ____ comer solo____ Todas las anteriores____
Ninguna: _____

15. Según su estado de discapacidad, el movimiento que realiza es

Nulo____ Leve____ Moderado____

Le agradecemos por contestar el cuestionario anterior. Sus respuestas son confidenciales, y se utilizaran para una investigación de trabajo de grado.

10. BIBLIOGRAFIA

BEJARANO, Molina Roció. Línea de Investigación en Discapacidad y Sociedad. Facultad de rehabilitación y desarrollo humano. Bogotá. 2001-2004. Internet. (En línea) Disponible en: http://www.urosario.edu.co/rehabilitacion/invesconsul_03.htm

CASADO, Demetrio. Ante la discapacidad: glosas iberoamericanas/ Demetrio pasado. Editorial Buenos Aires: Luman, 1995. Colección política, servicios y trabajo social.

CASTILLO, Jesús. Inclusión de las personas con discapacidad en la Educación Superior. Marzo 09, 2009. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.unellez.org/jesusc/weblog/1098.html>

CERMI. Comité Español de Representantes de Minusválidos. Congreso Europeo de personas con discapacidad, Madrid 23 de Marzo de 2002, 1 Internet. (En línea) Disponible en: <http://antiguo.cermi.es/texto/especiales/e2002-cspd-prg.asp>

CÉSPEDES, Alberto. Principios de mercadeo. Ecoe Ediciones. Cuarta Edición 2005.

Clínica Bersant. Medicina integrativa. Discopatias. Santiago de Chile. 2009. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.bersant.cl/bibliotecas/patologias/discopatias.htm>

COTRAN Ramzi S; ROBBINS Stanley; KUMAR Vinay Patología estructural y funcional. Editorial Mac Graw Hill. 1999. 6 Edición. pags.1297

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad Guatemala. (1999). En: Diario Oficial No. 44.889, de 5 de agosto de 2002, Colombia.

DIAZ, Manibardo Marina. Actividad Física. Salud y Actividad Física. Internet. (En línea) disponible en: <http://www.actividadfisica.net/10www.adr-pjm.com.ar> 2003-2005

Diagnostico de deficiencia y discapacidad. Construcción de una pedagogía para la integración. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/integra/1/pdf/cap2.pdf>

DURCKWORTH, T. Ortopedia y fracturas. 1998. Editorial Mucgruns-hill Interamericana. 3 Edición

El web de la espalda. Alteraciones de la estructura de la columna vertebral: espondilolisis. Fundación Kovacs. 2003. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/causas/alteraciones/espondilolisis.asp>

FERRER, Manchón Antonio. MARIN, Alcantud Francisco. Asesoramiento psicopedagógico de estudiantes con discapacidades motóricas. Modulo 3. Capítulo 3.1. Unidad de investigación. Universidad de Valencia. Internet. (En línea) Disponible en: <http://74.125.47.132/search?q=cache:ouz6y7XqFS4J:dpd.uv.es/>

GARCÍA, John Enrique; RIOS, María Olga. Hacia un sistema de gestión de la calidad, en el programa 100% Familiar del Centro de Extensión del Instituto Universitario de Educación Física de la Universidad de Antioquia. Trabajo de grado de especialización. Medellín. (2006). p.24. Internet en línea. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/037-hacia.pdf>

GOMEZ, Luis Carlos; VALENCIA Marcela y cols. Estudio Nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación, Colombia, 2003. Fundación Saldarriaga Concha. Internet. (En línea) Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/estudiooferta.pdf

KOTLER, Philip. Mercadotecnia. 3ªEd. Prentice Hall. 1986.

KOTLER & Armstrong. Fundamentos de Marketing. Pearson Education Octava Edición. México 2008. Pag.6

LOPEZ, José Fernando. Rehabilitación en salud: una mirada necesaria. Editorial X. (2006) 1 Edición. Colombia.

MINISTRO DE SALUD. Artículo 111 de la resolución numero 8430 de 1993 (Octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

MUÑOZ, Henry Arney; CARVAJAL, Jorge Alberto; ACEVEDO, Juan David. Estudio de mercado para el programa 100% familiar del centro de extensión del Instituto Universitario de educación física de la universidad de Antioquia. Internet en línea. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/164-estudio.pdf>.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health. La Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth", NINDS. 2004. Bethesda, MD 20892 Publicación de NIH 04-4897. Internet. (En línea) Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/la_enfermedad_de_charcot_marie_tooth.htm

PHIL, Ha. El Banco Mundial y la discapacidad. Marzo, 2005. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm>

Primera reunión del comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. CEDDIS /doc.21/07. Panamá, República de Panamá

POPE, Jeffre L. Investigación de mercados. Editorial: Norma. Bogotá. (2002).

REYES, Carlos; LEVY, Arnold; SANCHEZ, Jairo. Traumatismo Raquimedular. Hospital Universitario Evaristo de Cali. Internet. (En línea) Disponible en: <http://pwp.etb.net.co/clinicala100/3/035.PDF>

Soles de Buenos Aires, Asociación Civil "Destinada a la Rehabilitación, Promoción e Inserción de Personas con Discapacidad" Res IGJ 1117. Casafoust 641 PB1 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Internet. (En línea) Disponible en: <http://www.solesdebuenosaires.org.ar/quienes.html>

RIVAS, Francisco; LOPEZ, María Luisa. Asesoramiento vocacional de estudiantes con minusvalías físicas y sensoriales. Modulo 1. Universidad de Valencia.

SALAZAR, Ciro. Club Unión Pacifico. Club Deportivo de Discapacitados. Chile, 2006. Internet. (En línea) Disponible en: www.clubuniopacifico.galeon.com

University of Virginia. Los Trastornos del Sistema Nervioso El Síndrome de Guillain-Barré. 2004. Charlottesville, VA 22908. Internet. (En línea) Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_neuro_sp/guillain.cfm

WILES, Philip "Fracturas, luxaciones y esguinces". México, D.F. México: El Manual Moderno. (1997). Santa fe de Bogotá. 2 Edición.