

**“ESTRATEGIAS METODOLOGICAS PARA LA PROMOCIÓN DE FACTORES
PROTECTORES DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**ADAPTADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA ENTRE LOS
15 Y 24 AÑOS DE EDAD”**



NAVIS SEPULVEDA RUEDA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN FÍSICA

COORDINACIÓN DE POSGRADOS

MEDELLÍN

2006

**“ESTRATEGIAS METODOLOGICAS PARA LA PROMOCIÓN DE FACTORES
PROTECTORES DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA
ADAPTADA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA ENTRE LOS
15 Y 24 AÑOS DE EDAD”**

NAVIS SEPULVEDA RUEDA

**Monografía Para Optar Al Título De
Especialización en Educación Física:
Actividad Física Y Salud**

Asesor

Edgar Danilo Eusse Castro

Docente I.U.E.F.

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN FÍSICA
COORDINACIÓN DE POSGRADOS
MEDELLÍN**

2006

*A todas aquellas personas que persistieron
a mi lado para alcanzar la meta
de consolidación y proyección de las ideas.*

La libertad nació como un privilegio y así ha permanecido. La libertad divide y separa. Separa a los mejores del resto. Obtiene su atractivo a partir de la diferencia: su presencia o ausencia refleja, marca y cimienta el contraste entre lo alto y lo bajo, lo bueno y lo malo, lo codiciado y lo repugnante.

ZYGMUNT BARMAN.

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GENERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2.3. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA TEMÁTICA	17
3. ANTECEDENTES	18
3.1. ANTECEDENTES EN OTRAS DISCAPACIDADES	20
4. MARCO REFERENCIAL	26
4.1. PLANTEAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA	26
4.2. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA DISCAPACIDAD	31
4.2.1. DISCAPACIDAD	31
4.2.2. DISCAPACIDAD COGNITIVA	35
4.2.3. PRINCIPALES SÍNDROMES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD COGNITIVA	41
4.2.3.1. SÍNDROME DE DOWM	41
4.2.3.2. SÍNDROME DE X FRÁGIL	47
4.2.3.3. ENFERMEDAD DE HULER	49
4.2.3.4. SINDROME DE TURNER	49
4.2.3.5. IMOC O PARALISIS CEREBRAL	49
4.2.4. EVALUACIÓN	50

4.2.5.	CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA	51
4.2.5.1.	CARACTERÍSTICAS MOTRICES	51
4.2.5.2.	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y DE RELACIÓN SOCIAL	52
4.2.5.3.	CARACTERÍSTICAS MORFOFISIOLÓGICAS	53
4.3.	ATENCIÓN INTEGRAL	53
4.3.1.	SALUD INTEGRAL DE LA Y EL JOVEN CON DISCAPACIDAD COGNITIVA	54
4.4.	PROMOCIÓN DE LA SALUD	55
4.4.1.	DETERMINANTES DE LA SALUD	56
4.4.2.	PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD	57
4.4.3.	HÁBITOS DE VIDA, CONDICIONES DE VIDA Y FACTORES AMBIENTALES	58
4.4.4.	FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO	58
4.4.5.	DETECCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y ESTRATIFICACIÓN	61
4.5.	FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD: EDUCACIÓN, SOCIALIZACIÓN, INTEGRACIÓN Y HABILITACIÓN	62
4.6.	PEDAGOGÍA	66
4.7.	ESTRATEGIAS METODLÓGICAS	68
5.	MARCO LEGAL	71
6.	PROPUESTA DE ESTRATEGIAS METODÓLOGICAS	80
6.1.	LA PERSPECTIVA DE RESULTADO Y LA PERSPECTIVA DE PROCESO EN LA PROMOCIÓN DE LA AFA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS Y LAS JÓVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA	80
6.2.	APLICABILIDAD DE LAS AFA EN EL DESARROLLO DE LAS HABILIADES ADAPTATIVAS PARA LA ATENCIÓN A JÓVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA	

EN EDADES ENTRE LOS 15 Y 24 AÑOS.	82
6.3. RECOMENDACIONES DE SALUD	108
7. ASPECTOS PRELIMINARES	110
8. ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN	112
BIBLIOGRAFÍA	120
GLOSARIO	126
ANEXOS	131

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Discapacidad cognitiva	35
Cuadro 2. Comunicación	85
Cuadro 3. Autocuidado	88
Cuadro 4. Habilidades de vida en el hogar	90
Cuadro 5. Habilidades sociales	92
Cuadro 6. Utilización de la comunidad	95
Cuadro 7. Autodirección	97
Cuadro 8. Salud y seguridad	100
Cuadro 9. Habilidades académicas funcionales	103
Cuadro 10. Ocio y tiempo libre	105
Cuadro 11. Trabajo	107
Cuadro 12. Estrategias y adaptaciones metodológicas	118

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Concepto de Discapacidad	34
Grafico 2. La tiroides	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1.	
Caracterización patológica de salud y motora de la discapacidad cognitiva	131
ANEXO 2.	
Formato inicial de evaluación del desarrollo psicomotor	134
ANEXO 3.	
Formato de evaluación de desempeño de Habilidades	135
ANEXO 4.	
Ejemplo de un plan de trabajo con discapacidad cognitiva	136

PRESENTACIÓN

Se hace necesario diversificar las opciones de usos del tiempo libre de las personas con discapacidad, así mismo se hace imperativo fortalecer las diferentes estructuras metodológicas y didácticas orientadas a la promoción de factores protectores de la salud y prevención de las enfermedades por medio de la actividad física adaptada; este debe ser un compromiso de los profesionales del área de la salud, la educación y la actividad física, para así brindar satisfactores a las necesidades de los y las jóvenes en situación de discapacidad cognitiva.

Gran parte de las y los jóvenes con discapacidad cognitiva que participan en programas de iniciación y formación deportiva, recreativas y uso adecuado del tiempo libre, abandonan los mismos antes de lo planificado, debido en parte a la falta de orientación específica, que permita entender a él y su familia el para que del programa al que pertenecen. El problema pudiese estar presentándose, igualmente, por la falta de visualización de los facilitadores y/o profesionales que intervienen en los procesos, cuando no tienen claridad de cuál es el alcance, efectos y sostenibilidad de los programas en el tiempo cuando los participantes ya no asistan al mismo.

Esta falta de visualización impide desarrollar programas con continuidad y secuencias metodológicas y didácticas acordes y adecuadas con las necesidades de cada uno de los asistentes (orientación específica) e igualmente al no tener claro su finalidad, se cae en el activismo y la improvisación permanente de actividades grupales, que si bien hacen su aporte a la necesidad de socialización (orientación general), no posibilitan avances significativos en la ganancia de

independencia funcional de las personas con discapacidad o por lo menos no es ese el propósito inicialmente formulado.

La oferta de opciones de uso adecuado del tiempo libre que se les brinda están enmarcadas en la mayoría de los casos dentro de contextos estándar, orientadas casi siempre para un desempeño en hábitos, artes, manualidades y en algunos casos ocupacional, deportivo y recreativo, estos últimos pensados desde una visión de competencia y de triunfo altruista sin fundamentación filosófica, fisiológica y mucho menos psicológica, que no va más allá de la satisfacción personal, familiar, social y publicitaria.

La importancia de generar programas de actividad física adaptada que potencien factores protectores de la salud en esta población es un reto para los profesionales que intervienen en estos procesos. La globalización, la transformación de los entornos y la vida en grandes urbes, así como la trascendencia que se le ha dado en los últimos años a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades a través de la actividad física dirigida y la incorporación de hábitos saludables en la comunidad, posibilitan y son una excelente oportunidad para la generación de espacios y opciones de calidad del uso creativo del tiempo libre de los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva, siempre que estas actividades estén adaptadas a las particularidades, necesidades individuales y al contexto, al igual que propendan en la ganancia de independencia funcional de la persona desde todo punto de vista.

Desde la perspectiva de la formación y de la proyección profesional, es importante investigar y sistematizar las experiencias en discapacidad, indagar sobre las estrategias metodológicas que en el proceso de desarrollo social se han dado y se requieren implementar para transformar la realidad de estos jóvenes. Esta estrategia permitirá transformar, reestructurar los espacios pedagógicos e innovar

los proyectos y programas que faciliten la integración y la inclusión buscando una sociedad más equitativa y justa.



1. JUSTIFICACIÓN

En la investigación y la sistematización de las prácticas físicas adaptadas tendrán que procurarse el análisis y la puesta en común de las experiencias, el seguimiento e implementación de secuencias metodológicas y didácticas, las que necesariamente tendrán que invitar al disfrute, al sano esparcimiento, la diversión, el cambio de rutinas sedentarias y posibilitar, sino la permanencia de las personas, por lo menos si la implementación de hábitos de vida saludables, cotidianos, activos y perdurables de los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva.

Esta propuesta de estrategias metodológicas, facilitará la continuidad de los procesos de habilitación, adaptación e inclusión de los y las jóvenes con discapacidad cognitiva en edades entre los 15 y 24 años. Así mismo permitirá visualizar la planificación de sesiones de intervención pedagógica y didáctica para ser tenidos en cuenta por los profesionales, educadores, tutores, familias y demás personas que buscan realizar acciones educativas desde la actividad física adaptada, el ocio y el tiempo libre, con la finalidad de promover factores protectores de la salud.

La actividad física adaptada, unida al concepto de salud, entendida esta última, no necesariamente como ausencia de la enfermedad, reúne el conjunto de factores biológicos, personales, socioculturales, que de acuerdo al contexto y a la situación, intervienen en la cotidianidad y en el entorno de las personas con discapacidad. “Una concepción terapéutica –preventiva, de la actividad física pudiera ser considerada como un medio para curar o prevenir enfermedades diversas de tipo crónico; este es el principal referente para explicar la relación

entre actividad física y salud”¹. De igual forma pudiera concebirse en relación con la percepción subjetiva de salud que redunde en el bienestar de las personas indiferente de su condición física, mental, social, ambiental, para que tengan posibilidades, capacidades y destrezas; será un referente de tipo cualitativo en relación con la salud.

Con la población joven con discapacidad cognitiva en edades entre los 15 y 24 años, esta propuesta permite la puesta en marcha de alternativas de intervención pedagógica, pensadas desde unos elementos constitutivos que van acorde con los intereses, gustos, capacidades y posibilidades propias y colectivas, además de la ampliación de experiencias significativas. La relación entre actividad física y salud, no se puede mirar como objetivos de prescripción, sino como elementos que se comprenden y orientan en función de unas características particulares y grupales de la población con discapacidad cognitiva, como puede ser el bienestar y la participación de una manera integral.

Más allá de ser esta un compendio de experiencias, es una invitación a conocer e investigar sobre las prácticas en discapacidad cognitiva que permitan la creación y generación de otras perspectivas de intervención metodológica y didáctica, que contribuya a una formación integral y participativa de cualquier persona indiferente de su situación o condición.

¹DEVIS, DEVIS José. Actividad física adaptada y salud. Universidad Rioja. 2000. En: http://www.unirioja.es/estudios/maestro_fisica/1073002.shtml. (consulta: 2 agosto de 2006)

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar una guía de estrategias metodológicas que facilite la intervención de los profesionales que acompañan procesos de habilitación, educación, integración y socialización de las y los jóvenes con discapacidad cognitiva en edades entre los 12 y 24 años, teniendo como estructura pedagógica la actividad física adaptada.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contextualizar la actividad física adaptada y la salud, con los usos que de estos hacen los jóvenes con discapacidad cognitiva.
- Fomentar la actividad física adaptada como estrategia metodológica para la ganancia de independencia funcional de los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva.
- Ampliar posibilidades de intervención de los profesionales, tutores, padres de familia, cuidadores y maestros que se ven involucrados en algún momento de su vida en los procesos de habilitación, integración y adaptación de los jóvenes con discapacidad cognitiva.

2.3. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA TEMÁTICA

El presente trabajo fue realizado bajo los lineamientos de una monografía de tipo descriptiva y argumentativa. Descriptiva dado que orienta acerca de las características generales y específicas desde las habilidades adaptativas y los factores protectores de la salud que involucran los contextos sociales, físicos, mentales ambientales, legales y de salud de la población joven con discapacidad. Argumentativa al buscar el desarrollo de una propuesta específica alrededor de la discapacidad cognitiva, la salud y la actividad física adaptada, que refiera y ofrezca recomendaciones desde la implementación de estrategias.

Se pretendió realizar inicialmente una compilación de datos bibliográficos a nivel internacional, nacional y local sobre el manejo que de estas temáticas se han realizado y las relaciones que se han logrado establecer entre ellas, dado el caso de que exista, basado en la revisión de fuentes secundarias, libros, documentos, revistas, conferencias, paginas de Internet, lo cual va a permitir un primer acercamiento de reconocimiento y manejo del tema, para luego analizar que aportes se hará como proyecto de investigación.

Como aporte significativo se realiza una propuesta que contiene ayudas metodológicas a fin de facilitar y dar continuidad a los procesos de habilitación e inclusión de los jóvenes con discapacidad cognitiva con edades entre los 15 y 24 años en cuanto a:

- Detección de habilidades
- Planificación de una sesión de clases o intervención.
- Consideraciones preliminares en los cuidados para la intervención
- Adaptaciones específicas
- Alternativas de intervención

3. ANTECEDENTES

La importancia que ha adquirido el tema de discapacidad cognitiva a nivel mundial ha estado fundamentada en las necesidades creadas por quienes la padecen y la prioridad de los profesionales de la salud y la educación, además de los padres de familia que la intervienen. A lo largo del tiempo se han generado investigaciones y procesos que parten del análisis de situación de los grupos poblacionales con discapacidad, con la finalidad de procurar una perspectiva de vida más funcional, que los favorezca en cuanto a lo evolución de su ser y la calidad de los servicios que se ofrecen. Dichas investigaciones están referidas en acciones generadas en organismos como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), que ha trabajado fundamentalmente en los aspectos relacionados con la educación; la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el campo de la salud y de la prevención; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el apoyo a programas dirigidos a los niños con discapacidad y la prestación de asistencia técnica, en colaboración con Rehabilitación Internacional (una organización no gubernamental); y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la mejora del acceso de las personas con discapacidad al mercado laboral y en el incremento de los niveles de integración económica a través del desarrollo de la legislación laboral y de actividades de cooperación técnica². Tanto la carta de las naciones unidas como

² OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y a Cultura).En: <http://usuarios.discapnet.es/ajimenez/undisc.htm>. (consulta:8 septiembre,2006)

la declaración universal de los derechos humanos, los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos y los demás instrumentos internacionales relacionados con la defensa de los derechos humanos afirman que las personas con discapacidad deben poder ejercer sus derechos civiles, políticos, sociales y culturales en igualdad de condiciones con el resto de los ciudadanos.

El concepto de discapacidad cognitiva ha evolucionado, considerándose este desde una perspectiva multidimensional que valora las funcionalidades y capacidades como ser humano integral, que cuenta con la familia, la comunidad y el Estado, para suplir todas aquellas necesidades e intereses que le procuran bienestar y satisfacción, logrando alcanzar una calidad de vida plena, valorada y justificada.

El Estado colombiano desde su legislación realiza adecuaciones que van en procura de un mejor bienestar para las personas con discapacidad; siendo pertinente agregar que el planteamiento estatal de proteger, apoyar y acompañar, no es del todo aplicado por algunos de los que gerencian, ejecutan y participan en los programas y proyectos para dicha población, pues en ocasiones se aplica la ley para cumplir con un requisito de intervención, más no se hace evidente la veeduría, ni se monitorean, sistematizan los procesos y los beneficiarios siempre resultan ser los mismos, limitando la cobertura.

La normatividad colombiana que regula la atención para las personas con discapacidad cognitiva, es tenida en cuenta con una gama de posibilidades que facilitan el bienestar de manera integral. Se puede hablar de una gestión política y comunitaria que favorece algunos de los procesos establecidos por la ley, tales como el derecho a la educación, la salud, la cultura, el deporte y la recreación, la accesibilidad, la equiparación de oportunidades, entre otras. Hace falta mayor implementación de la cobertura en atención, creación de centros asistenciales,

formativos, procesos de investigación que permitan visualizar logros y aspectos a mejorar, teniendo en cuenta los servicios de asesoría para las familias, veeduría de programas, proyectos y promoción de factores protectores de la salud.

3.1. ANTECEDENTES EN OTRAS DISCAPACIDADES

El deporte sobre silla de ruedas, es el primero de los deportes para personas con discapacidad y nace a la luz de una propuesta para sus pacientes que tuvieron lesión medular y un nuevo concepto para su tratamiento. Pues entre los métodos de esta nueva orientación aparece como importante actividad el deporte. El cual ayudaba no sólo recreativamente, sino que se empiezan a dar cambios sorprendentes en la rehabilitación de los pacientes tanto física, como psicológicamente. Entonces se decide implantarlo como una alternativa re-habilitadora y a su vez deportiva a los tratamientos físicos³.

En 1900 se realizó en Europa el primer programa de deportes para sordos. En 1922 fue fundada, en Holanda, la CISS (Comité Internacional de Deportes para Sordos), quienes crearon los juegos deportivos para silentes⁴.

Los primeros pasos para alentar la actividad física en los programas de rehabilitación se habían dado, pero el deporte para los discapacitados tuvo más de 20 años de receso, hasta que en 1946, al concluir la guerra, se estableció en Estados Unidos la Fundación Joseph P. Kennedy hijo, con el propósito de prevenir la discapacidad intelectual y mejorar los medios médicos de su atención. Para lograr estos objetivos, la Fundación inició labores estableciendo centros de investigación en California, tomando algunas especialidades deportivas como

³GUTTMAN, Ludwig. libro "Text book of Sports for the disabled", En: http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Antecedentes_Dep?page=. (consulta: 16 diciembre 2006).

⁴ KLEIN. "Gimnasia para Ciegos", serie de ejercicios físicos para invidentes. 1847.

medios para apoyar el trabajo con los pacientes. De ahí nacería el movimiento mundial "Olimpiadas Especiales"

El deporte de rehabilitación evolucionó rápidamente hasta convertirse en deporte recreativo y unos cuantos años más tarde se produjo el inevitable avance hacia el deporte de competencia y posteriormente de alto rendimiento.

Sin embargo, fue hasta 1960, en Roma, Italia, cuando los esfuerzos de Guttman, del doctor Antonin Manglio y de varios promotores y médicos deportivos de otras naciones fructificaron para llevar a cabo los primeros Juegos Olímpicos Sobre sillas de ruedas, las cuales darían inicio al desarrollo internacional del Deporte y la actividad física Adaptada, logrando un éxito sin igual, que contagió a varias naciones para incluir al deporte de competencia dentro de sus programas médicos de rehabilitación.

En 1962, gracias al trabajo del doctor Frank Hiden, en la Fundación Kennedy, se dieron a conocer los excelentes resultados de una investigación en la promoción de la actividad deportiva para personas con discapacidad cognitiva, lo cual aumentó el interés de los países en proporcionar mayores apoyos para que sus discapacitados cognitivos realizaran actividades deportivas superiores. El éxito de 1962, fue muy bueno, por lo que él convocó a participar en las competencias tanto a personas con alteraciones motoras (imoc) como a personas con discapacidad visual.

La historia ha demostrado que la idea de Guttman (1960), tenía asidero y el actual movimiento ahora llamado Movimiento Paraolímpico internacional dado al acelerado y rápido crecimiento de ellos y, como resultado de la necesidad de una organización y dirección eficaz, continúa aspirando a ayudar a quienes persiguen la total realización de su sueño y la completa integración en todos los aspectos,

con relación al resto de la sociedad. La evolución del enfoque innovador que el doctor Guttmann -quien falleció en marzo de 1980- implantó sobre el deporte y la actividad física adaptada como un medio de rehabilitación y de autorrealización, finalmente promovió en otros países el desarrollo competitivo de alto rendimiento, extendiendo sus beneficios a todas las discapacidades a través de federaciones.

Las seis federaciones involucradas son:

- Federación Internacional de Deportes para Personas con Parálisis Cerebral (CP ISRA).
- Federación internacional de Deportes para Ciegos y Débiles Visuales (IBSA).
- Federación internacional para Personas con Discapacidad Cognitiva (INAS FID).
- Federación internacional de Deportes sobre Silla de Ruedas (ISMWSF).
- Federación internacional para Deportistas Amputados (ISOD).
- Federación Internacional de Deportes para sordos (CISS).

El progreso se ha evidenciado y la mayor estructuración de los deportistas en todo el mundo así lo demuestra. Incluso, la organización de los doceavos Juegos Paraolímpicos no es la misma que en las competencias iniciales, ni los atletas se presentan a los mismos juegos como aquellos deportistas de 1960.

La ilusión, el esfuerzo y el concepto de auto superación permanecen en la actualidad y es característica perenne de tener una nueva oportunidad de éxito y bienestar. Solo que en algunas ocasiones está pensado como un evento que da medallas y trofeos, pasando por alto las consideraciones y especificaciones desde el punto de vista de la salud, los componentes físicos, emocionales y ambientales, que trae consigo la preparación y participación en juegos deportivos, donde para muchas personas con discapacidad estos, representan una oportunidad de

sentirse importante, otros solo desean la participación, siendo fundamental la recreación, el ocio y el tiempo libre.

El Deporte Adaptado, actividad física adaptada-nombre genérico que se le da en Latinoamérica a los deportes, actividades que practican las personas con discapacidad-, nació más por el interés de los particulares que como una política de Estado y vino a aportar sin querer, algunas soluciones sociales colateralmente como los beneficios en salud y en favorecer la imagen y la incorporación social de las personas con discapacidad en la sociedad. Aún falta implementar un orden y estructura en las competencias, en especial para Colombia. Actualmente se adelantan algunos procesos de investigación en países como España, Argentina, Chile, Venezuela y Colombia, desde la perspectiva de la discapacidad cognitiva donde involucran temas como la educación, la re – rehabilitación, la cultura, el deporte y la recreación. Se hace evidente la estructuración de propuestas desde el ocio y el tiempo libre, que permitan la interacción directa del docente, la familia y los jóvenes con discapacidad cognitiva desde una estructura multidimensional que posibilite la puesta en práctica de las habilidades adaptativas de manera funcional y la promoción de factores protectores de la salud. En términos de disminuir riesgos y aumentar probabilidades de vida sana, activa y participativa.

A nivel de investigaciones que tengan en cuenta estrategias de intervención para el trabajo con jóvenes con discapacidad cognitiva está la realizada desde los Estados Unidos en el año 2003, que de igual forma relaciona y retoma a otros países con la siguiente situación: Se tienen datos y mayor conocimiento de la disminución de la actividad física y el aumento de obesidad en los Estados Unidos de Norteamérica y en otros muchos países. Las evaluaciones médicas llevadas a cabo durante los últimos tres Juegos Mundiales de Olimpiadas Especiales demostraron que muchos de los atletas tenían sobrepeso o eran obesos durante los Juegos de Verano en el año 2003, el 56% de los atletas tenían un índice de

masa corporal mayor a 24. Estos resultados están directamente relacionados con riesgos de desarrollar diabetes y enfermedades cardíacas. Un trabajo de investigación realizado entre los entrenadores de Olimpiadas Especiales (a nivel mundial) reportó que existe consenso respecto a que los atletas necesitan entrenamiento sobre el bienestar físico, aparte del que reciben regularmente, el denominado entrenamiento físico que lo realizan durante sus prácticas deportivas.

Promoción de la Salud es una de las más recientes iniciativas que se agrega al programa atletas saludables. De repente es el nexo entre los demás componentes de atletas saludables, y pareciera que es el mejor medio para reforzar los conceptos clave y la información que requieren las personas con discapacidad cognitiva, además de haber interactuado con 3,000 atletas durante los Juegos y en la comunidad.

Las evaluaciones de promoción de la salud refuerzan y motivan a los atletas para que escojan un estilo de vida más saludable lo cual redundará en una mejor calidad de vida obviamente más saludable, esto se logra mediante el uso de juegos interactivos y educativos además de la literatura que se ofrece. A los atletas se les entregan unas guías sobre alimentación saludable, tipos de estilos de vida, además de métodos divertidos para incrementar el bienestar físico y la información (la cual contiene las necesidades de salud de la población) en tópicos que incluyen el evitar el consumo de tabaco, seguridad en el sol y cuidados de la piel. Las evaluaciones médicas durante los Juegos incluyen las medidas del Índice de masa corporal y la densidad mineral ósea. Hay que tomar en cuenta que la osteopenia y osteoporosis son más frecuentes en las personas con discapacidad cognitiva, especialmente en el Síndrome Down.

Seis programas de olimpiadas especiales han iniciado programas pilotos para estudiar una serie de diseños, estrategias y alianzas para mejorar el bienestar

físico de los atletas, así como para mejorar los estilos de vida de los atletas, tomando en cuenta la obesidad, enfermedades cardíacas, osteoporosis, la autoestima y la calidad de vida por si misma. La experiencia obtenida por estos trabajos piloto nos va a guiar al desarrollo de futuros trabajos sobre promoción de la salud a nivel de la comunidad a lo largo de los estados Unidos como en el resto del mundo.⁵



⁵ LARRABURE Gonzalo. Promoción de la salud, atletas saludables. En: http://www.specialolympics.org/Special+Olympics+Public+Website/Spanish/Iniciativas/Atletas_Saludables/Promoci%C3%B3n+de+la+Salud.htm. (consulta: 22 diciembre, 2007)

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. PLANTEAMIENTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA

Dependiendo del tipo de discapacidad, se podría decir que casi cualquier niño, adolescente o adulto puede practicar deportes o realizar algún tipo de actividad física adaptada, sólo es cuestión de buscar aquellos que correspondan o que sean pertinentes, según la patología y el grado de la misma, así como del gusto y las particularidades de cada uno de los sujetos.

La actividad física adaptada es un proceso integral flexible y dinámico con orientaciones para individualizar y adaptar un programa de ejercicios o actividades a las necesidades, posibilidades e intereses de cada persona. Su objetivo principal, es brindar a las personas con discapacidad, la oportunidad de aprender y practicar actividades y técnicas específicas que les permitan mejorar su nivel de salud, movilidad, independencia, integración, socialización, educación, habilitación y por ende mejorar la calidad de vida. Se busca es la obtención de experiencias agradables, significativas y positivas que aumentan su autoestima y promueven su interacción social⁶. La actividad física adaptada puede presentar una marcada interrelación con diversas disciplinas, las cuales están integradas por

⁶ UNESCO, primera conferencia internacional de ministros y líderes en actividad física, derechos específicos para las personas en situación de discapacidad en cuanto a la práctica de la actividad física. 1976.

características y servicios profesionales ofrecidos, como son la ocupacional, re-habilitador, deportivo y recreativo, que tienen en esencia la posibilidad de enfocarse en lo terapéutico, la promoción y prevención.

También desarrolla las capacidades perceptivo-motoras, las habilidades físicas y las capacidades coordinativas, lo cual se evidenciará en un mejor desempeño individual y colectivo. Les dará una sensación de bienestar al realizar actividades con niveles de exigencia acorde a sus posibilidades, potenciará las relaciones interpersonales, fomentando la amistad y afecto con personas del entorno, servirá, para que identifiquen sus propias capacidades a través de la realización de actividades elegidas libremente y que le son motivantes.

Para el Estado y los sectores competentes, es importante resaltar que se cuentan con unos principios fundamentales de participación, integración, descentralización, personalización e interacción profesional que se constituyen básicos para la puesta en marcha de propuestas orientadas desde la actividad física adaptada a mediano y largo plazo.⁷

Con cada uno de ellos se pretende que la población joven con discapacidad cognitiva en edades entre los 15 y 24 años, se beneficie de todos los servicios y participe de forma activa con adecuaciones necesarias, satisfacción de necesidades y se proyecte hacia un desarrollo de vida integral. La actividad física adaptada esta unida al ámbito del conocimiento y la investigación que tiene su objetivo propio en la capacidad de integrar conocimientos asociados a las diversas discapacidades y a los principios que rigen a la persona en su motricidad.

⁷ PLAN NACIONAL DE DISCAPACIDAD. Programa de Derechos Humanos y Discapacidad Bogotá D.C. 2006. En: [www.discapacidad.gov.co/ppublica/informe actualizado.doc](http://www.discapacidad.gov.co/ppublica/informe%20actualizado.doc). (consulta: agosto 13 de 2006).

La generación actual de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana, casi la mitad de los habitantes del mundo tienen menos de 25 años de edad, es decir, 3,000 millones de jóvenes. A nivel mundial, el grupo se ve afectado por un creciente desempleo y por problemas como las complicaciones durante el parto y abortos realizados en malas condiciones que cada año causan la muerte de 78 mil mujeres entre los 15 y 19 años de edad. Así mismo, la mitad de los casos nuevos de VIH/SIDA se presentan en jóvenes entre 15 y 24 años de edad⁸.

Los jóvenes con discapacidad cognitiva y sus familias tienen la posibilidad de contar con espacios y personas que le ayuden desde acciones eficaces a reducir situaciones como la pobreza, desigualdad y a facilitarle procesos de integración, socialización, habilitación que le orienten a tener una vida digna. Las actividades físicas adaptadas se constituyen en la herramienta básica para prevenir y disminuir enfermedades físicas y comportamentales, favorecer la integración social, la, socialización y habilitación. En especial aquellas actividades que se enfocan desde el arte, la recreación y la danza, porque los mantiene activos, incrementa la seguridad en sí mismos, genera mayores niveles de autonomía, forma relaciones saludables con todo lo que le rodea, aumenta su autoestima, pone a prueba sus habilidades, tiene ratos de esparcimiento, canaliza sus energías e integra a la familia y en muchas ocasiones cambia la percepción negativa que se tiene de sí mismo o que tienen los demás, cuando consideran que ellos los jóvenes con discapacidad cognitiva no son capaz de.

Ante esta definición se aprecia lo importante que es ofrecerle a los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva alternativas distintas, muchos de ellos no han tenido posibilidad de educación, otros han sido egresados pero no los prepararon

⁸ GÓMEZ LÓPEZ, Manuel. RUIZ, Juan, Francisco y GARCÍA, MONTES, María Elena. Universidad de Almería. Universidad de Granada. (España). Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - Nº 83 - Abril de 2005. En: <http://www.efdeportes.com/> . (consulta: 25 julio, 2006).

para la ubicación en actividades laborales, ocupacionales, lo cual indica que cuentan con mucho tiempo libre, para lo que se debe tener una orientación y la actividad física adaptada, puede ser la mas indicada. Cada vez más aumenta el nivel de consciencia frente a las opciones que ofrece el deporte adaptado, la actividad física adaptada y la recreación, siendo importante resaltar que:

- Representan un excelente pasatiempo orientando su ocio y tiempo libre.
- Facilitan el contacto con las otras personas para entablar una amistad (interacción social, aceptación a otros).
- Les permite estar activos evitando atrofas, exceso de peso, regulando la circulación e irrigación sanguínea.
- Permite un mejor desenvolvimiento en las tareas laborales.
- Da a su vida una mayor significación tanto para su salud física y mental.
- Permite desarrollar una imagen más positiva sobre la base de sus impedimentos facilitando el manejo de la autoestima, la depresión entre otras.
- Se familiarizan con los juegos y los deportes, este primer contacto puede animar para que al final escojan una disciplina deportiva específica de acuerdo a sus gustos y capacidades.
- Genera una mayor independencia reflejada en nivel alto de confianza y seguridad en ellos mismos.
- Permite en su debido momento desarrollar, potenciar habilidades y destrezas, afianzarlas y mantenerlas.
- El diagnóstico que incluya las implicaciones que tiene en los jóvenes su tipo de discapacidad, su contexto familiar, social, las consideraciones de salud (espasmos, movimientos involuntarios, hipertonia a hipotonia problemas cardíaco-respiratorios) que influyen mucho en su proceso.
- Hacer una evaluación inicial donde se analicen los aspectos de flexibilidad, equilibrio, fuerza y resistencia, coordinación y poder establecer

las habilidades que más sobresalen en ellos, para potenciarlas, así mismo evidenciar sus falencias, su rendimiento y hacer las adaptaciones necesarias.

- Evaluar la valoración que tiene de su esquema corporal, la conciencia que tiene este de sus habilidades, de las funciones de su propio cuerpo, del control de sus movimientos adaptados a las circunstancias y acciones partiendo de las habilidades básicas, hábitos higiénicos y de salud, posturas adoptadas, el manejo de emociones, tolerancia a la frustración, si presentan movimientos estereotipados, rutinas establecidas, los factores que interfieren en su comportamiento, entre otra información, esto debe ser apoyado por la información que suministre la familia.
- Tener en cuenta el proceso motor de cada uno para que no haya en ellos ningún tipo frustración ante una actividad que esté fuera de sus posibilidades y/o capacidades.

Los programas de ocio y recreación, orientados con actividades físicas adaptadas contribuyen al desarrollo de niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, a la construcción de identidades sociales y personales, previenen y potencian acciones sociales y educativas tendientes a superar problemas como la adicción a las drogas, la delincuencia, el asilamiento, la depresión, entre otras, y un medio para la dinamizar procesos de inclusión social y participación genuina, por mencionar algunos de sus efectos e impactos, sin embargo, aún es necesario seguir en la tarea de reivindicar este derecho, desde lo normativo y la concreción de los planes y programas que operativizan el derecho.

Las personas que disfrutan de mucho tiempo libre, la mayoría llena su tiempo con actividades físico-deportivas, mientras que un grupo minoritario realiza actividades de relación social y diversión⁹.

El creciente interés que se manifiesta en la población joven con discapacidad cognitiva por las actividades físico-deportivas adaptadas también ha dado origen a algunos estudios sobre los estilos de vida, los hábitos deportivos y la práctica deportiva, de la población en general y de los jóvenes en especial, tanto a nivel internacional como nacional. Siendo claro afirmar que estas actividades no difieren en gran medida de los intereses y necesidades de la población joven en general en sus prácticas diarias de ocio y tiempo libre. La mayoría de los estudios resaltan la actividad física como la opción directa y más practicada para ocupar su tiempo de ocio y tiempo libre.

4.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA DISCAPACIDAD

4.2.1. DISCAPACIDAD

Se refiere a una función reducida o a la pérdida de una parte u órgano del cuerpo que limita la habilidad de una persona para ejecutar algunas funciones como ver, oír, caminar u otro, según la edad, el sexo y los factores socioculturales. En muchas ocasiones el fenómeno de la discapacidad en la interacción de la persona y la sociedad, hace que se generalicen los factores de interacción, por la forma de organización, los recursos y servicios públicos, la ignorancia de la realidad de las

⁹ RUIZ Juan, GARCÍA MONTES y GAVALA. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - Nº 83 - Abril de 2005). (consulta: 25 julio, 2006).

personas y la tendencia a estandarizar en la elección de actividades pensadas en función de un promedio y no respecto a las individualidades.

El término discapacidad, se define como “toda restricción y o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano; lo que se evidencia como la deficiencia en la interacción con el entorno social”¹⁰.

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

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

a. funcionamiento y discapacidad:

- constituido primero por las funciones y estructuras corporales, donde se tiene en cuenta los sistemas orgánicos, las deficiencias que se presentan y limitan sus funciones, pero no se indica el estado de salud de la persona como impedimento para su normal funcionamiento.

¹⁰ ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Ed 58ª. Resolución WHA58.23. 25 de mayo de 2005

- segundo son las actividades y participación, que hacen referencia a la forma como las personas en situación de discapacidad tienen posibilidad de acceder a recursos tecnológicos, económicos, académicos y medirse por su desempeño, realización esperada, depende de las oportunidades brindadas, eliminándose la limitación de funcionamiento.

b. Factores contextuales: constituido de igual forma.

- primero por los factores ambientales como el entorno físico social, físico y actitudinal en el que se desenvuelven, de forma positiva o negativa, a nivel individual o social.

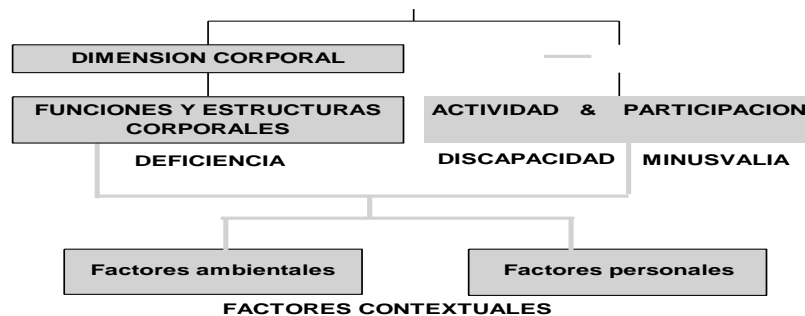
- segundo por los factores personales que son determinados por la vida de la persona y de su estilo para vivirla, pueden incluir sexo, etnia, edad, otros estados de salud, hábitos, estilos para solucionar problemas, etc. Ambos pueden tener efectos en los estados de salud de la persona, donde puede resultar responsable la misma persona, o quien tenga la custodia. La discapacidad la definen entonces como el resultado de la relación entre la condición de salud, los factores personales y externos que subyacen a su alrededor¹¹. Los conceptos que se incorporan al actual enfoque de discapacidad se resumen en el cuadro esquemático, que señala además las relaciones con la anterior clasificación. (Ver gráfico 1)

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

¹¹ FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN EL VALLE DEL CAUCA - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - UNIVERSIDAD DEL VALLE. CALI, AGOSTO DE 2001.DOC.

La sociedad en general esta siendo cada vez más conciente de que las personas con discapacidad se constituyen en una parte de la población de la que tenemos la responsabilidad de ocuparnos y a la que se le deben brindar los mecanismos para suplir sus necesidades. Al hablar actualmente de discapacidad, hacemos referencia a los roles sociales como el trabajar, participar en las actividades de la comunidad, practicar un arte, oficio u actividad recreativa, hasta llegar a contribuir en el sustento de la familia.

Grafico 1: Concepto de Discapacidad



4.2.2. DISCAPACIDAD COGNITIVA

Actualmente y argumentando el postulado hecho por Miguel Ángel Verdugo, se plantea la idea de que el retraso mental no es una característica innata de un individuo, sino el resultado variable de la interacción entre las capacidades

intelectuales de la persona y el ambiente, es decir, la concepción actual se ajusta a un modelo biopsicosocial, que se manifiesta antes de los 18 años¹².

Según el nuevo paradigma de retraso mental, dejó de considerarse como algo que estuviera en la persona para considerarse la expresión de la interacción entre la persona con condiciones concretas de limitación en dos o más áreas de habilidades adaptativas y el entorno; es una condición que varía de acuerdo a los apoyos que reciba. La nueva definición dice que “el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas”¹³. Ver Cuadro 1

Cuadro 1: Discapacidad cognitiva

Sistema de 1992	Sistema de 2002
Dimensión I: rendimiento individual y capacidad de adaptación	Dimensión I: aptitudes intelectuales
Dimensión II: consideraciones psicológicas y emocionales	Dimensión II: nivel de adaptación (conceptual, social y práctica)
Dimensión III: consideraciones físicas y de salud	Dimensión III: participación, interacción y rol social
Dimensión IV: consideraciones ambientales.	Dimensión IV: salud (salud física, mental, etiológica)
	Dimensión V: contexto social (ambiente, cultura, oportunidades)

¹² VERDUGO, Miguel Ángel y JENARO, Cristina. Nuevo Paradigma de Retardo. Madrid 1997.doc. pág. 207

¹³ LUCKASSON, R y COLS. Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. 10^o Edition. Washington. AAMR. 2002. doc. P.3

Los apoyos son recursos estratégicos que cumplen tres funciones:

- Promueve los intereses y metas de la personas con o sin discapacidad
- Posibilita el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambientes de trabajo y de vivienda integrados.
- Da lugar a un incremento de su independencia, productividad laboral, integración y satisfacción subjetiva.

Estos apoyos pueden ser individual, institucional, tecnológicos o de servicios. Proviene de la familia, los amigos como apoyos naturales, luego los servicios generales y gratuitos, y en última instancia de servicios especializados. Coexisten cuatro intensidades de apoyo los cuales son:

- Intermittente: provisión esporádica, a corto plazo, a demanda de la persona o ante imprevistos, de baja complejidad técnica.
- Limitado: provisión con regularidad, durante breves períodos o con escasa frecuencia, que requieren de bajo costo en dinero y en recursos humanos y una capacitación simple.
- Extenso: apoyos que duran años, de frecuencia semanal, que requieren de participación profesional directa o de supervisión frecuente, que suelen exceder las posibilidades de las fuentes naturales.
- Pervasivo: apoyos de por vida, que requieren alto grado de entrenamiento específico, altos costos o cantidad importante de personal altamente capacitado.

Algunas áreas de apoyo típicas son: las relaciones humanas, la planificación económica, la ayuda laboral, el apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y utilización de la comunidad.

Cuando los jóvenes con discapacidad cognitiva son evaluados con uno o más tests de inteligencia, su funcionamiento es inferior al promedio de las personas de su grupo, además de tener limitaciones en algunas áreas de las habilidades adaptativas que son esenciales para un adecuado funcionamiento en la sociedad, dichas habilidades son: comunicación, auto cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, manejo de la comunidad, auto conducción, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y tiempo libre, trabajo, las cuales harán más o menos fuerte su grado o nivel de discapacidad.

El proceso de evaluación para determinar si un joven tiene o no discapacidad cognitiva, se inicia con el llamado diagnóstico diferencial. Para eso los psicólogos evalúan su inteligencia, los psicopedagogos observan e intentan describir sus habilidades sociales y los médicos los examinan detenidamente, y cuando es el caso les hacen otros exámenes o pruebas complementarias.

Como segundo paso del proceso de evaluación se encuentra la clasificación y descripción de las potencialidades y limitaciones, el cual debe hacerse especificando el tipo de observaciones conductuales, las pruebas psicométricas que utilizan los psicólogos, las evaluaciones médicas y otros estudios que generalmente se piden a los padres para que los realicen con los diferentes especialistas que se requieren.

El tercer paso es el establecimiento del perfil e intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones o aspectos que constituyen una persona, luego de describir las fortalezas y debilidades en su interacción con el ambiente.

El nivel de apoyo o ayuda que se requiere recibe diferentes nombres de acuerdo al tiempo que debe durar, si es por un tiempo preciso o si por las características de la población debe durar largos años de vida, como puede ser un programa de modificación de conducta, un programa para controlar esfínteres, un programa de terapia de lenguaje por un tiempo determinado o algunas sesiones para enseñarle a utilizar el autobús o el de transporte público.

La importancia de las habilidades adaptativas se centra en que los jóvenes con discapacidad cognitiva que tienen necesidades especiales, la mayoría de las veces, lo que tienen es una carencia de habilidades y destrezas para defenderse y manejarse en todo momento y lugar. No es necesario pensar y ocuparse en el Cociente Intelectual de ellos, ya que es más importante aceptar y conocer cómo está en cuanto a la capacidad para adaptarse a los diferentes lugares, personas y circunstancias que le toca vivir cada día y como afrontarlos de manera tal que le permita tener mayores probabilidades de proyección.

Si existe algún tipo de daño orgánico, físico, biológico, casi nada podemos hacer frente a la presencia del daño orgánico. Sin embargo, podemos intervenir y cambiar el número y calidad de las habilidades sociales, de las destrezas que se tengan en cuenta en las diferentes etapas de su vida. Eso sí es importante, porque de ellas depende su supervivencia y felicidad.

- **ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD**

La etiología depende en parte del nivel de discapacidad cognitiva. La discapacidad cognitiva leve es generalmente idiopática o familiar, es decir, está asociada a dificultades socioculturales o psicosociales. Estas personas viven en condiciones

socioeconómicas precarias, y su funcionamiento se ve influido por la pobreza, la enfermedad, las deficiencias en el cuidado de la salud, y el deterioro en la búsqueda de ayuda.

Sin embargo, la presentación de varias anomalías genéticas, físicas y neurológicas en las personas con discapacidad cognitiva leve, recuerda que las fuerzas sociales pueden no ser el factor etiológico dominante.

En el 25% de las formas grave y profunda de la discapacidad cognitiva pueden identificarse etiologías biomédicas conocidas, entre las que se incluyen las alteraciones genéticas¹⁴.

- **ASPECTOS CONGÉNITOS**

Las alteraciones tempranas prenatales que dañan el cerebro son catastróficas en el desarrollo temprano, dado que el feto no tiene una respuesta inmunológica en la gestación temprana. Así, las infecciones de la madre (toxoplasmosis, SIDA congénito, rubéola en el primer mes de embarazo), exposición intrauterina a toxinas (alcohol, cocaína, plomo), a los medicamentos y a la radiación X, pueden tener como resultado un retraso en el crecimiento uterino. Más de 200 síndromes biológicos reconocidos que implican retraso mental suponen la desorganización de virtualmente, todos los sectores del funcionamiento bioquímico o fisiológico del cerebro. En el momento del nacimiento, el trauma obstétrico y la isoimmunización Rh pueden causar lesión cerebral. Normalmente, el nacimiento prematuro a no ser en los casos extremos (menos de 28 semanas de gestación o menos de 1500

Algunas formas de alteración neuroevolutiva pueden tener lugar después del nacimiento. Los factores ambientales son especialmente importantes en países

¹⁴ PERERA, J. síndrome de Down. Aspectos Específicos. Masson. Barcelona. 1995.

subdesarrollados, en los que la asistencia médica puede ser limitada. También pueden contribuir las alteraciones e infecciones neurológicas, incluyendo las convulsiones.

Existe un aumento de patología de dos a cuatro veces mayor entre las personas con discapacidad cognitiva, por lo que muchos presentan diagnósticos múltiples, entre ellos más del 50% tienen un diagnóstico psiquiátrico adicional, algunos trastornos se dan en mayores proporciones: TDAH, trastornos del estado de ánimo, trastorno de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por movimientos estereotipados y esquizofrenia. También pueden apreciarse trastorno por estrés postraumático y trastornos adaptativos. Además, pueden darse toda la serie de tipos de personalidad y trastornos de la personalidad.

En contraste con la vieja idea de que la discapacidad cognitiva es una forma inespecífica de desarrollo lento, los nuevos datos fenomenológicos indican que estos síndromes no son iguales¹⁵.

4.2.3 PRINCIPALES SINDROMES ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD COGNITIVA.

4.2.3.1. SINDROME DE DOWN

La trisomía del cromosoma 21 (síndrome de Down) es la más común y la mejor descrita. Las personas con trisomía del cromosoma 21 tienen patología neuroquímica, incluyendo la pérdida importante de acetilcolina (núcleo basal) y de

¹⁵ OSORIO, CORREA, Esperanza. Desde donde construir contextos de ocio y recreación desde y para la infancia y la juventud. IV Simposio Nacional de investigación y formación en recreación. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE. Cali, Colombia. 2005.

neuronas de somatostatina (córtex cerebral), así como la pérdida de vías serotoninérgicas y noradrenérgicas. Muestran cambios neuropatológicos progresivos similares a los de la enfermedad de Alzheimer, incluyendo lesiones neurofibrilares y placas neuríticas. El cromosoma 21 contiene el gen para la betaamiloide, la proteína cerebral que se acumula en las placas neuríticas de los pacientes.¹⁶

- **CARACTERÍSTICAS MOTORAS**

El desarrollo psicomotor de la población joven con Síndrome de Down se halla por lo general retrasado y su progreso es variable debido a los diversos factores de salud que muchas veces lo complican, sin embargo cada individuo va evolucionando de acuerdo al material genético y factores ambientales que rodea al sujeto con síndrome de Down.

Los primeros cinco años de vida son un período de cambios en el desarrollo y crecimiento de todo niño, y los niños con Síndrome de Down aprenden a voltearse, gatear, sentarse, andar, correr, saltar, etc.... como el resto de los niños, lo que varía es la permanencia en el tiempo, haciendo más lento el proceso.

El desarrollo motor supone cambios complejos, donde una etapa se confunde con otra, originando una nueva adquisición y una amplia secuencia que varía de acuerdo a la maduración de los sistemas del cuerpo, en especial el sistema nervioso. Estas primeras adquisiciones que son: la postura y control de movimiento, darán lugar a otras más complicadas como el equilibrio y coordinación, éstas a su vez darán lugar a una acción muscular, fuerza, flexibilidad y resistencia.

¹⁶ PERERA, J. síndrome de Down. Aspectos Específicos. Masson. Barcelona. 1995

La estimulación y repetición de estas conductas motoras, ofrecerán condiciones motoras favorables y por el contrario el no experimentarlas en la infancia ejerce efectos adversos sobre la eficiencia y la habilidad del movimiento a lo largo de la vida, en especial en la juventud, donde se pretende afianzar habilidades y destreza y proyectarlo en la práctica de actividades físicas adaptadas.

Por sus características particulares, en la población con Síndrome de Down puede ocasionar que se dejen de alcanzar algunas fases del desarrollo motor, como por ejemplo no gatear sino iniciar con el caminar, lo que a largo plazo puede generar dificultades en la adquisición y desarrollo de otras áreas fundamentales¹⁷. Ver anexo 1.

- **CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:**

Los factores que influyen sobre el desarrollo motor de la población en situación de discapacidad cognitiva y síndrome de Down, que son la base del tratamiento son:

- a. HIPOTONÍA:** Quiere decir que la tensión de los músculos cuando se está en reposo se presenta disminuida. Esta tensión más baja de lo normal es diferente en cada joven con Síndrome de Down. Cuanto menor sea esta hipotonía (es decir haya más tensión en los músculos) más fácil será la adquisición del equilibrio cuando se está de pie. La hipotonía va cediendo con el transcurso del tiempo y depende del proceso de estímulos recibidos para aumentar la tonicidad, aunque algo persiste a lo largo de la vida puesto que es una característica propia del Síndrome.

¹⁷ BURNS, Yvonne y GUNN, Pat. Síndrome de Down. Editorial Herder S.A. Barcelona. 1995. Pág. 331

- b. LAXITUD LIGAMENTOSA:** Esto quiere decir que hay un aumento de la movilidad de las articulaciones de estos jóvenes, especialmente visible en las caderas (rodillas muy separadas y semiflexionadas) y en los pies (su estructura es aplanada y con mínimo sostenimiento) que conlleva a hacer las articulaciones menos estables, con lo que es más difícil mantener el equilibrio sobre ellas desde una perspectiva de orden postural y en muchas ocasiones funcional por el inadecuado proceso de estimulación. La hipotonía y la hiperflexibilidad articular: la flacidez y laxitud ligamentosa de sus músculos interfieren en la adquisición de una postura adecuada, además de reducir su fuerza muscular.
- c. REDUCCIÓN DE LA FUERZA:** Falta desarrollar fuerza en la musculatura, ésta es necesaria, por ejemplo para caminar y se debe desarrollar, con el fin de evitar que compensen su debilidad muscular con otros movimientos más fáciles a corto plazo, pero más perjudiciales después.
- d. EXTREMIDADES CORTAS:** La estatura: sus piernas y brazos son cortos, estas proporciones corporales tienen efectos sobre la fuerza, la postura, locomoción y manipulación. Esto les hace más difícil aprender a sentarse, porque el apoyo les es más costoso realizarlo hacia los lados, lo tienen que hacer hacia delante, pero con la práctica también lo conseguirán. Así como también habrá que practicar el trepar al sofá o a las escaleras porque éstas resultarán un auténtico obstáculo para sus piernas.
- e. LA PERSISTENCIA DE REFLEJOS PRIMITIVOS:** Influye en la capacidad de reaccionar ante determinado estímulo, como: atrapar la pelota, evadir objetos y superar obstáculos.
- f. TRASTORNOS ORTOPÉDICOS:** La inestabilidad atlantoaxial es la más grave, ya que pone en riesgo la médula espinal, impidiendo realizar actividades acuáticas, gimnasia, fútbol, saltos de altura y todos aquellos

ejercicios que supongan presión en el cuello y los músculos de la cabeza.

Otras manifestaciones de inestabilidad incluyen la dislocación de cadera y los tobillos, ocasionados por ligamentos más débiles y exceso de peso, dificultando la actividad motriz que comprometa miembros inferiores, como correr y saltar.

g. TRASTORNOS DE LA SALUD: Como por ejemplo el corazón, éste va a implicar en la energía para la actividad motora; la Obesidad, influye para la resistencia; déficit sensorial, va a interferir para ejercicios de equilibrio; pérdida visual, va a afectar el trabajo motriz con objetos pequeños. Otros padecimientos pueden ser la osteopenia y la osteoporosis: Los huesos están compuestos de minerales tales como el calcio y el fosfato. La osteopenia es una afección en la cual los huesos pierden esos minerales y tienen menos densidad. Eso los debilita. Cuando la pérdida de hueso es grave, la afección se llama osteoporosis. No hay síntomas obvios en las primeras etapas de osteopenia ni de osteoporosis. Sin embargo, pueden ocurrir fracturas si continúa la pérdida de hueso. Las fracturas más comunes son las de la columna vertebral, las muñecas o las caderas. Las fracturas pueden causar lo siguiente:

- • Dolor en el cuello
- • Lumbago.
- • Dolor o sensibilidad de los huesos.
- • Pérdida de estatura.
- • Desviaciones de la columna¹⁸.

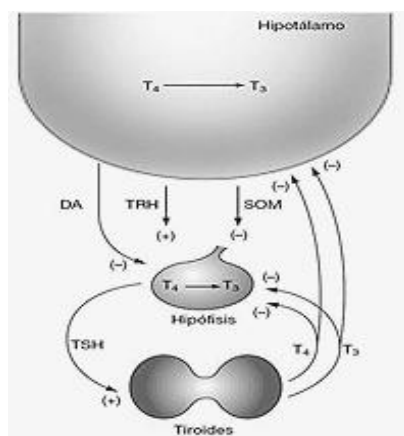
Los trastornos tiroideos en el síndrome de Down:

¹⁸OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS. En: http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/Osteonecrosis_FS_sp.pdf. nov 2005. (consulta: 1 marzo, 2007).

Las alteraciones de la función tiroidea se presentan frecuentemente a lo largo de la vida de las personas con síndrome de Down (1) y, si no son tratadas, comprometen seriamente su desarrollo y calidad de vida. Por ello es fundamental conocer los aspectos más importantes del cribado (análisis periódicos), diagnóstico, clínica y tratamiento de estos procesos.

La tiroides es una glándula situada en la parte anterior del cuello, responsable de la secreción de las hormonas tiroideas: tiroxina o T4, y triyodotironina o T3 (Grafico 2). Estas hormonas regulan aspectos importantes del crecimiento, el desarrollo y las funciones de las células y órganos de nuestro organismo a lo largo de toda la vida, incluidas las neuronas de nuestro cerebro.¹⁹

Grafico 2. La tiroides



¹⁹ CHILLARÓN, A, GODOY, MJ, CARRERA, JA, FLORES, J, PUIG, JF y CANO. Hipertiroidismo. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. abril. 2006.

- h. LA MOTIVACIÓN Y EL AFECTO:** Son factores de gran importancia para la adquisición y afianzamiento de las habilidades motoras en las personas con Síndrome de Down, ya que ellas tienen umbrales bajos de estimulación, activación y persistencia, sin embargo con la perseverancia en los primeros años, se obtienen grandes logros con actividades placenteras que lo motiven a potenciar sus habilidades.
- i. LAS REACCIONES ESTABILIZADORAS Y DEL EQUILIBRIO:** Éstas no se combinan adecuadamente en las personas con Síndrome de Down; debido a la dificultad para combinar información de distintos sistemas sensoriales y la inmadurez del cerebelo, tronco cerebral y los momentos tardíos tanto en el enderezamiento de la cabeza como del cuerpo. Todo esto da lugar a desequilibrio en actividades motrices; al sentarse, caminar, etc. restando eficacia para mantener estabilidad, lo que sumado a la hipotonía e hiperflexibilidad hace que se presenten grandes dificultades para mantener el equilibrio.

Estos problemas de equilibrio y del control de la postura en las personas con Síndrome de Down, son bastante frecuentes y se encuentra en todos los grupos de edad, afectando directamente las habilidades motoras finas.

4.2.3.2. SÍNDROME DE X FRÁGIL

El síndrome X frágil (SXF), también conocido como síndrome de Martin & Bell, es un trastorno que ocasiona discapacidad cognitiva. Es la primera causa hereditaria y la segunda asociada a factores genéticos luego del síndrome de Down, siendo este último de origen congénito (no necesariamente heredado).

Este trastorno ocasiona una clase de mutación poco habitual: una secuencia reiterada de tres letras del código del ADN, llamada repetición de triplete. Cuanto mayor sea el número de estas secuencias repetidas, más alta será la probabilidad de que el afectado sufra alteraciones graves.

Características físicas típicas del SXF:

- cara alargada, frente prominente, mentón pronunciado, grandes orejas
- Discapacidad cognitiva
- Hiperactividad
- Problemas de atención
- Aleteo con los brazos
- Contacto visual escaso
- Hablar reiterativamente
- Articulaciones hiper-extensibles
- Testículos grandes

En el síndrome de frágil X se presenta discapacidad cognitiva de leve a severo. Los varones afectados presentan grandes testículos (macroorquidismo). En el 80% se presentan anomalías conductuales, que incluyen hiperactividad, violencia, estereotipias, resistencia a los cambios ambientales y conductas automutilantes, también exhiben déficit del lenguaje expresivo y receptivo y problemas de articulación. Los síntomas frontales pueden incluir lenguaje y conducta perseverantes, déficit de atención y dificultad para cambiar de tema.

Aproximadamente entre el 20 y el 40% de los varones con síndrome de frágil X presentan características del trastorno autista.

Alrededor de un tercio, tienen anomalías neuroendocrinas (aumento de la línea base de LH y FSH, disminución de testosterona, embotamiento de TSH siguiendo a una infusión de TRH); en las mujeres se observan tasas elevadas de fertilidad y embarazos múltiples. En las mujeres (que están parcialmente protegidas por el hecho de tener dos cromosomas X), un estado portador puede ser asintomático, o estar asociado a retraso mental leve o a trastornos del aprendizaje. Se ha propuesto que la anomalía genética implica una secuencia nucleótida (citosina-guanina-guanina) repetida de manera redundante en varios grados y que resulta extremadamente larga. Los pacientes con un síndrome del frágil X muestran un mayor número de "localizaciones frágiles" en el q27.3 del final del brazo largo del cromosoma X, que se corresponde con la localización de la secuencia del gen anormal, cuando sus células se incuban en un medio bajo de folato y timidina. La gravedad clínica parece correlacionar con el grado de expresión citogenética. El folato oral reduce la frecuencia de localizaciones frágiles in vivo y mejora el comportamiento y la atención²⁰.

Las personas con SXF requieren seguimiento médico cuidadoso, no sólo para ajustar su medicación, sino para desarrollar un programa de tratamiento integral, que incluya terapias y ayuda de educación especial. De acuerdo con la evidencia disponible, son precisamente este tipo de estrategias multidisciplinarias, las que se asocian con mayores índices de respuesta terapéutica favorable.

4.2.3.3. ENFERMEDAD DE HULER:

Es la más común de las enfermedades del grupo de las lipodosis. Se caracteriza por la acumulación de material adventicio que contiene gran cantidad de lípidos,

²⁰ WIKIPEDIA. La enciclopedia libre. Síndrome de X frágil. 2006. En: http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_X_fr%C3%A1gil. . (consulta: 16 diciembre, 2006).

colesterol y fosfolípidos, produciéndose la degeneración progresiva del tejido nervioso. Los signos más habituales que se presentan son: baja estatura, cuello corto, cabeza dolicocefálica, cifosis lumbar, contracturas, limitaciones en el movimiento articular, persistente destilación nasal, manos en forma de garra, retraso mental severo y profundo.

4.2.3.4. SINDROME DE TURNER:

Es una alteración cromosomita, que consiste en la falta de un cromosoma sexual (XO). Se caracteriza por baja estatura, pliegues cutáneos en el cuello, retraso mental leve, tórax ancho y escavado, implantación baja del cabello, ausencia de estrógenos, mamas pequeñas y separadas, cuello corto y grueso, infantilismo sexual.

4.2.3.5. IMOC O PARALISIS CEREBRAL:

Conjunto de síndromes neurológicos o encefalopatías, que producen lesiones y alteraciones en la personas de manera irreversibles, que van a originar distintas manifestaciones clínicas, dependiendo del lugar y la forma de producirse la lesión cerebral o neurológica.

Se distinguen varias formas: espástica, atetósica, cerebelosa. El cuadro clínico general consiste en espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez y temblor, convulsiones, puede estar acompañado de discapacidad cognitiva o no, dependiendo del tipo de lesión.²¹

4.2.4. EVALUACIÓN

²¹ SÁNCHEZ, Martín y VICENTE, Martín. Educación Física y Deportes para discapacitados psíquicos. Editorial GYMNOS. Madrid. 1988. Pág. 132

Todos los diagnósticos psiquiátricos pueden acompañar al retraso mental y todos los tipos de personalidad pueden darse con el retraso mental. Aproximadamente de un tercio a la mitad de estas personas presentan TDAH. Pueden presentar también trastornos afectivos unipolares y bipolares, trastornos por ansiedad, reacciones psicóticas, trastorno autistas e incapacidades específicas del aprendizaje.

Las personas con discapacidad cognitiva presentan alteraciones de ritmo y grado de desarrollo de las funciones intelectuales²². Esto quiere decir, que presentan deficiencias a cuatro niveles:

- Percepción
- Atención
- Memoria
- Pensamiento

Esta disminución de las capacidades esta cifrada en 2/3. Sin embargo, esta cifra a nivel de actividad física o deporte puede no cubrir todos los tipos de discapacidad. Así, para la práctica de actividad física se considerará como discapacidad “a toda persona que presenta una deficiencia o una malformación de carácter definitivo o de larga duración, que afecte a sus facultades físicas, mentales o fisiológicas que impidan la práctica de actividades deportivas en condiciones ordinarias”²³.

4.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

²² INSERSO (1994,95). Alumnos Con Deficiencia Psíquica. aspectos a tener en cuenta en las clases de educación física. Rev. int. med. cienc. act. ffs. deporte - número 8 - diciembre 2002. (consulta: 3 octubre, 2006).

²³ SÁNCHEZ Martín y VICENTE Martín (1988). Discapacidad. cdeporte.rediris.es/revista/revista8/deficiencia.htm. (consulta: 21 noviembre,2006).l

4.2.5.1. CARACTERÍSTICAS MOTRICES

No hay grandes diferencias con las etapas de las demás personas, pero si existe un retraso. En términos generales los niveles de alteración de las conductas motrices son directamente proporcionales a los niveles cognitivos de cada individuo. Por lo tanto, a mayor déficit intelectual, mayor será, los trastornos motrices²⁴. Como características motrices generales están:

- Inadecuada configuración del esquema corporal y de la autoimagen.
- Inadecuada orientación y estructuración del espacio.
- Problemas para ejercitar el equilibrio de forma estática.
- Respiración superficial.
- Dificultades para conseguir un estado de relajación y distensión muscular.
- Adaptación lenta de las conductas en el tiempo(diferentes velocidades, cadencias y tiempo)
- Capacidad de coordinación más ajustada en acciones globales que en segmentarias.
- Poca eficacia y amplitud en la ejecución de habilidades motrices básicas.
- Déficit de atención, que repercute en la capacidad de concentración de los aprendizajes.
- Niveles de condición física inferiores.
- Progresan a través de las mismas etapas de desarrollo, pero a un ritmo más lento.

4.2.5.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y DE RELACIÓN SOCIAL

²⁴LÓPEZ MERCADER, M^a P. y SANJUÁN ENRIQUEZ, E. M^a. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte .número 8 .diciembre 2002. . (consulta: 10 noviembre, 2007).

Se menciona otros aspectos que se han de tener en cuenta de cara a la organización y autocontrol de grupo:

- Necesitan más supervisión y atención por su mayor dependencia.
- En determinadas situaciones les falta iniciativa y autocontrol, lo que nos obliga a no dejarlos de lado delante de un grupo.
- Déficit de atención que repercute en la capacidad de concentración y en el aprendizaje.
- Inmadurez afectiva. Presentan cambios de carácter y variabilidad en el temperamento. Es necesario un conocimiento de cada uno.
- Poca capacidad para relacionar e integrar cosas diferentes. Dificultad para identificar los parecidos y diferencias entre objetos y situaciones.
- Tienen poco repertorio de habilidades sociales.

4.2.5.3. CARACTERÍSTICAS MORFOFISIOLÓGICAS

A las características anteriormente citadas, en ocasiones, las personas con discapacidad cognitiva suelen presentar otras deficiencias asociadas a los sistemas orgánicos.²⁵

- Sistema cardiovascular: hipo actividad.
- Sistema Respiratorio: menor eficacia de la respiración.
- Sistema Metabólico: obesidad y sobrepeso.
- Sistema Neurológico: sincinesias y estereotipias.
- Sistema Músculo-esquelético: desajustes posturales, alteración tónica.
- Sistema Perceptivo: alteración de los órganos perceptivos.

²⁵ LÓPEZ MERCADER, M^a P. y SANJUÁN ENRIQUEZ, E. M^a. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte .número 8 .diciembre 2002. . (consulta: 10 noviembre, 2007).

4.3. ATENCION INTEGRAL

Es un enfoque que parte de la concepción de salud como un proceso de construcción social, en donde se consideran los diversos determinantes del proceso de salud – enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico y psicosocial, entre otros, de los diferentes grupos sociales como por ejemplo los de discapacidad cognitiva, así como aquellos actores sociales ubicados dentro de un proceso de participación democrática dirigido al desarrollo de las oportunidades individuales y colectivas. Dicho enfoque pretende promover la salud por medio de acciones que impulsen el desarrollo de la persona, lo cual significa que dentro de su objetivo de apoyar y promover el Desarrollo Humano Sostenible, se puede tomar como instrumento de intervención la actividad física adaptada.

Los tres conceptos anteriores aportan elementos necesarios para comprender desde un punto de vista integral las posibles implicaciones que trae consigo la incorporación al trabajo sobre la base del desarrollo normal del joven.²⁶

Si miramos este proceso integrado a un elemento más específico como es la discapacidad cognitiva, encontramos que lo fundamental en él es visionarlo con un sinnúmero de posibilidades y conservando la equiparación de oportunidades, equidad, respeto a la diversidad, de manera real y significativa.

4.3.1. SALUD INTEGRAL DE LA Y EL JOVEN CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

²⁶ CONTRERAS ACOSTA, Evelin. Trabajo Social. Ministerio de Trabajo, Costa Rica. En: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/466.html> \| "Donas, #Donas," Donas, 1995). (consulta: 6 mayo, 2006).

La Organización Mundial de Salud define al grupo adolescente como la población entre los 10 y los 19 años, y como grupo de jóvenes a los de 15 y 24 años, por otro lado, la Convención Internacional de los Derechos de los Niños (as) establece como adolescentes aquellos que se ubican entre los 12 ó 13 hasta los 18 años.

El concepto de Salud Integral construye un marco epidemiológico de factores y características que pueden influir positivamente (factores potenciales) o negativamente (factores de riesgos) en la evolución o desarrollo de la adolescencia en general. Entre estos posibles factores se tienen los siguientes:

- El contexto internacional.
- El contexto ideológico.
- Los medios de comunicación de masa.
- La estructura social y los valores de la sociedad.
- El modo de producción dominante.
- La educación.
- El trabajo.

Por ello es importante tener presente los efectos que pueden traer consigo dichos elementos sobre la familia, la ocupación del tiempo libre y los amigos (as) que tienen los jóvenes con discapacidad cognitiva.

Finalmente, se hace necesario rescatar que todos estos factores influyen, en última instancia sobre las características que definen a la juventud, en donde se destaca:

- La búsqueda de la identidad.
- La búsqueda de la independencia.
- Desarrollo de la creatividad, sensibilidad, proyecto de vida, sexualidad y

la educación.

Partiendo de estas premisas él y la joven con discapacidad cognitiva podrán desarrollar un estilo de vida de bajo o alto riesgo, con respecto a posibles disturbios o no en el plano afectivo, de conducta, de aprendizaje y de la educación; y a estar expuestos o no a problemas que se relacionan con la violencia social y ecológica, accidentes, muerte, drogas, entre otros.

4.4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida. Según la OMS, es un concepto en plena evolución que abarca “el fomento de estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales que favorecen la salud “.²⁷

Para la gestión y la acción en promoción de la salud son indispensables la intersectorialidad y la participación social, así como también la reorientación de los servicios de salud, recordando que el objetivo en cuestión es lograr un impacto en el componente biológico de nuestro capital humano. En este caso de la población con discapacidad cognitiva.

4.4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD

Son todos aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física,

²⁷ RESTREPO, Helena y MALAGA, Hernan. Promoción de la Salud: como construir vida saludable. Editorial medica panamericana. 2001. Colombia.

tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales. Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa saludablemente con los jóvenes con discapacidad cognitiva, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos.

Además, también son determinantes de la salud el estatus socioeconómico y la presencia de otros factores socioeconómicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud. Por ello, la promoción de la salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida. Las Acciones que promueven la salud también evitan la enfermedad.²⁸

4.4.2. PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA SALUD

Las relaciones entre la actividad física y la salud aglutinan un conjunto muy amplio y complejo de factores biológicos, personales y socioculturales. Dependiendo del énfasis y la manera de entender cada uno de dichos factores pueden establecerse diferentes concepciones de las relaciones entre la actividad física y la salud. Desde una concepción terapéutico-preventiva, la actividad física es considerada fundamentalmente como un remedio para curar o prevenir enfermedades diversas. En esta concepción la enfermedad se convierte en el principal referente para explicar las relaciones entre actividad física y la salud. En otras palabras, la actividad física adaptada es recomendable para la salud de los jóvenes con discapacidad cognitiva porque previene enfermedades. No obstante, la relación entre actividad física y salud también puede concebirse en relación con una percepción subjetiva de salud que redunde en el bienestar. La calidad de vida, es

²⁸ PROYECTOS ACADÉMICOS. En: El portal de educación física / www.heziketa.fisikoaren.ataria.una, Portal de Internet. (consulta: 2006-03-24).

decir, la posibilidad de que los jóvenes con discapacidad cognitiva desarrollen sus potencialidades, se convierte desde esta concepción orientada al bienestar en el referente cualitativo de la actividad física adaptada relacionada con la salud²⁹.

Pese a no estar contrapuestas, estas dos concepciones legitiman perspectivas distintas para orientar las propuestas dirigidas a promocionar la práctica de actividad física adaptada relacionada con la salud. Se distingue entre una perspectiva de proceso y una perspectiva de resultado.

Desde la perspectiva de proceso la relación entre la dimensión cualitativa de la práctica y la salud se apoya en dos premisas. La primera es considerar que la práctica en sí misma contiene elementos que pueden hacerla saludable. La segunda, que cualquier forma de practicar actividad física adaptada no es necesariamente saludable.

4.4.3. HÁBITOS DE VIDA, CONDICIONES DE VIDA Y FACTORES AMBIENTALES:

Según el colegio americano de medicina deportiva, la estratificación de riesgos en las personas en general, está determinado con base en la edad, el estado de salud, los síntomas y la información de factores de riesgo, los participantes y/o los pacientes pueden ser inicialmente clasificados en tres estrados:

- 1) Bajo riesgo:** jóvenes con discapacidad cognitiva, que están asintomático pero tienen al menos un factor de riesgo.
- 2) Moderado riesgo:** jóvenes con discapacidad cognitiva, que además tienen dos o más riesgos.

²⁹ PÉREZ SAMANIEGO, V. y DEVÍS DEVÍS, J. Universidad de Alcalá. Universidad de Valencia. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte - número 10 - junio 2003. (Consulta: 2006-03-24).

- 3) **Alto riesgo:** jóvenes con discapacidad cognitiva con uno o más signos, síntomas o enfermedad cardiovascular, pulmonar o metabólica conocida.

Para jóvenes con discapacidad cognitiva que presentan enfermedad coronaria, el riesgo de desarrollar ataques cardíacos durante el ejercicio vigoroso puede ser mayor comparado con el riesgo de sufrirlo en condiciones espontáneas y sin estar asociado con el ejercicio.

4.4.4. FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO:

La actividad física adaptada como cualquier movimiento producido por el sistema músculo esquelético es capaz de aumentar el gasto energético de una persona. Por otra parte, el ejercicio es una subclacificación de la actividad física que se realiza de forma intencionada para mejorar una capacidad física específica, por ejemplo capacidad aeróbica, fuerza o resistencia de los jóvenes con discapacidad cognitiva.³⁰ La actividad física adaptada se constituye en un instrumento fundamental desde donde la habilitación, educación, integración y la socialización como factores protectores de la salud pueden ser trabajadas e implementadas en la intervención con los jóvenes con discapacidad cognitiva.

La actividad física adaptada es inherente al ser humano. La caminata fue durante miles de años el principal sistema de transporte del hombre. De hecho la bipedestación ha sido considerada como una de las grandes ventajas evolutivas de los homínido y se calcula que el australopithecus caminaba desde hace unos 44 millones de años. Desde entonces, paulatinamente el hombre ha cambiado su

³⁰ ACSM. Colegio Americano de Medicina del Deporte. Educación física y deporte. revista digital. Consulta: 22 mayo, 2006).

estilo de vida y con ello su nivel de actividad física. Miles de años después llega el periodo de la Revolución Industrial, donde la actividad del hombre es desplazada por el empleo de máquinas y se disminuye significativamente la actividad de las personas que lleva hasta el marcado sedentarismo que ahora padecemos.

Los beneficios que la actividad física adaptada aporta para la salud, están bien determinados y los nuevos estudios siguen constatando la importancia que toda actividad física habitual tiene para la salud y el bienestar de los jóvenes con discapacidad cognitiva. Las persuasivas evidencias epidemiológicas y las que se obtienen en los laboratorios muestran que la práctica regular de actividad física previene el desarrollo y la progresión de muchas enfermedades crónicas, así como también es un componente importante de una vida sana.

Se sabe que la actividad física adaptada practicada con regularidad, es beneficiosa para la prevención primaria de algunas enfermedades como las coronarias, reduciendo la tasa de mortalidad, fortalecen los músculos, los tendones y los ligamentos, aumenta la densidad ósea. Se ha descubierto que las actividades en las que se soporta el propio peso (como correr, patinar y bailar) mejoran la densidad ósea durante la adolescencia, ayudan a mantenerla durante la edad adulta y retrasan la pérdida de masa ósea que se produce habitualmente con el paso de los años (osteoporosis). La actividad física adaptada mejora el bienestar psíquico, la forma en que los jóvenes con discapacidad cognitiva afrontan el estrés, así como las funciones mentales (como la toma de algunas decisiones, la planificación y la memoria a corto plazo), reduce la ansiedad y regula el sueño, aumenta la esperanza y la calidad de vida.

Es importante tener en cuenta antes de iniciarse en la práctica de actividades: valorar la seguridad de la actividad, conocer los factores de riesgo y las probabilidades futuras de padecer una enfermedad cardiovascular para poder

suministrar una adecuada educación sobre el estilo de vida y realizar una adecuada prescripción de las posibilidades, que consiga una óptima adhesión los programas, mínimos riesgos y máximos beneficios de los jóvenes con discapacidad cognitiva.

A medida que avanzan las investigaciones, se prevé que el papel de la actividad física adaptada con respecto a la salud y el bienestar adquiere más preponderancia que la que ha tenido en los últimos años.

Algunas recomendaciones elaboradas, prescriben sesiones regulares de una actividad de intensidad moderada. Así, caminar enérgicamente todos o casi todos los días durante unos treinta minutos ayuda a mejorar el bienestar físico y mental para personas con o sin discapacidad. El ejercicio físico en sesiones breves -por ejemplo, dos o tres sesiones de diez minutos cada una- es casi tan eficaz como hacer ejercicio de forma ininterrumpida durante el mismo tiempo y es más fácil de adaptar al ritmo de vida actual. En la intervención con jóvenes con discapacidad cognitiva deben elegirse cuidadosamente el tipo de ejercicio que van a realizar a fin de evitar cualquier lesión de las articulaciones provocada por la práctica de actividades intensas en las que tengan que soportar su propio peso o que les genere niveles de ansiedad y fatiga. La natación, actividades al aire libre y caminatas ecológicas simples son buenas opciones para los jóvenes con discapacidad cognitiva.

4.4.5. DETECCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y ESTRATIFICACIÓN

Es importante determinar los riesgos que poseen los jóvenes con discapacidad cognitiva que van a participar en un programa de actividad física adaptada para poder prescribir con cierta precisión el tipo de actividad requerida. Algunos pueden ser:

- Identificar y excluir bajo otros parámetros los jóvenes con discapacidad cognitiva con contraindicaciones médicas para realizar ejercicio.
- Identificar los jóvenes con discapacidad cognitiva con alto riesgo debido a enfermedades que deban inicialmente realizar un examen médico exhaustivo.
- Identificar los jóvenes con discapacidad cognitiva que deban realizar actividad física supervisada por personal médico
- Identificar los jóvenes con discapacidad cognitiva con otras necesidades especiales.
- Evitar sobrepasarse demasiado al inicio de las rutinas.
- Moverse a un ritmo apropiado e individualizado, acorde a las necesidades de los jóvenes con discapacidad cognitiva.
- Hacer actividades que se disfruten y que pueden hacerse todo el año.
- Llevar ropa y calzado cómodos, adecuados.
- Algunos de los jóvenes con discapacidad cognitiva requieren de la supervisión y acompañamiento permanente.
- Antes y después de las sesiones de actividad física adaptada, tomarse el tiempo suficiente para calentamiento, estiramiento y enfriamiento e hidratarse regularmente, evitando la aparición de la fatiga y la sobrecarga.

Otros factores de riesgo: El colesterol alto y la presión arterial alta, los trastornos psiquiátricos, metabólicos, etc.

Los beneficios potenciales de la actividad física adaptada en muchas ocasiones superan los riesgos, aunque el riesgo de muerte por ataque al corazón sube ligeramente durante actividad física adaptada vigorosa. Para la intervención con los jóvenes con discapacidad cognitiva se recomienda contar con disposiciones médicas específicas antes de comenzar en programas de este tipo y si lleva una

vida sedentaria, tiene sobrepeso, padece alguna condición médica, psicológica o psiquiátrica específica, se debe conocer con anterioridad la situación en la que esta desde el punto de vista médico, de tratamiento y contraindicaciones, para tomar las precauciones necesarias e implementar un programa acorde a sus condiciones.

4.5. FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD

- **EDUCACIÓN**

Se entiende como un conjunto de servicios, programas y recursos educativos puestos a disposición de las personas para favorecer su desarrollo integral, facilitándoles la adquisición de habilidades y destrezas que los capaciten para lograr el fin último de la educación. La Educación Especial se enmarca en los principios filosóficos de NORMALIZACIÓN, INTEGRACIÓN, SECTORIZACIÓN DE SERVICIOS E INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA y la actividad física adaptada se constituye en uno de los medios por el cual los jóvenes con discapacidad cognitiva pueden desarrollar estos procesos educativos.

La intervención hacia la población joven con discapacidad cognitiva tiene tres actores: la familia, la persona y la comunidad, con los cuales se generan actividades físicas adaptadas para el cumplimiento de metas específicas de formación, entretenimiento y estructuración de los aprendizajes básicos y de la vida cotidiana. Con ello la atención a la población con discapacidad cognitiva pasa

de ser institucional, con una relación médico ó terapeuta –paciente, profesor – alumno a una intervención con enfoque social y comunitario.³¹

- **SOCIALIZACIÓN**

Es definida como un componente de interacción, donde a través de los procesos necesarios de transformación de los factores sociales, ambientales y actitudinales, los jóvenes con discapacidad cognitiva pueden ver legitimado su actuar, participación e identidad.

Esto supone aceptar los factores ecológicos y sociales que se asocian, influyen, participan o generan la discapacidad y, en consecuencia, asumir un modelo de salud integral y positiva donde es prioritaria, sin que ello represente abandonar la atención, los cuidados o la habilitación de la persona situación de discapacidad cognitiva.

La socialización está fundamentada en un espacio geográfico en el que transcurre la vida de seres humanos, hace referencia a aspectos funcionales que le dan un cierto grado de cohesión, de interrelación, de unidad. En ella adquiere sentido la participación como resultado de la relación entre las necesidades sociales y las instituciones y organizaciones de la comunidad y, por tanto, aparecen reflejados los diferentes ámbitos de la conducta humana, el individual, el grupal y el de las instituciones, que deberán tenerse en cuenta a la hora de desarrollar una intervención.³²

³¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de funcionamiento, discapacidad y salud. Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Nueva York: Departamento de información pública de las Naciones Unidas, 1994.doc.

³² SÁNCHEZ, Santiago y RAMOS, Palencia. Discapacidad y sociedad. Noviembre, Nº 54, 1992 Copyright 1992 © Papeles del psicólogo. (Consulta: 13 septiembre, 2006).

- **INTEGRACIÓN**

Es el proceso mediante el cual los jóvenes con discapacidad cognitiva se incorporan al servicio público educativo para recibir la atención que requieren de forma integral; el proceso debe reconocer y garantizar el acceso a los satisfactores de todas y cada una de las áreas de derechos, necesidades establecidas por la convención internacional de los derechos del niño y la juventud y todas aquellas que a nivel nacional le permitan un desarrollo óptimo de sus habilidades y destrezas.

La aplicación de estrategias docentes inadecuadas puede comportar la desmotivación del grupo y del alumnado con discapacidad cognitiva, pudiendo favorecer la segregación. Por el contrario, la utilización de estrategias inclusivas en la actividad física adaptada facilita la participación activa y efectiva, favoreciendo la adquisición de aprendizajes, la sensación de bienestar y de pertenencia a un grupo y sociedad.

- **HABILITACIÓN**

La habilitación es un proceso encaminado a lograr que los jóvenes con discapacidad cognitiva estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes.

El Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad incluye en habilitación los servicios de detección temprana y diagnóstico, tratamiento, asesoramiento y atención social, psicológica y de otros tipos, capacitación en actividades de autocuidado, ayudas técnicas, educativas y de rehabilitación

profesional y su seguimiento, además de la prevención de situaciones de riesgo y la promoción de hábitos saludables.

Se requiere de un enfoque social, de trabajo intersectorial para hacer las modificaciones ambientales y posibilitar a las personas con discapacidad la participación en la cotidianidad de la vida desde actividades como la actividad física adaptada, el ocio y el tiempo libre.

Desde la habilitación funcional se fundamenta la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. La actividad física adaptada puede ser implementada para cumplir con estos requerimientos de habilitación. El conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tienden a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social, previniendo, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la edad, la enfermedad, los hábitos de vida familiar, emocional, ambiental y social, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de los jóvenes con discapacidad cognitiva para desempeñarse adecuadamente en los diferentes contextos³³.

4.6. PEDAGOGÍA

El significado etimológico de Pedagogía está relacionado con el arte o ciencia de enseñar. La palabra proviene del griego antiguo paidagogos, el esclavo que traía y llevaba chicos a la escuela. De las raíces "paidos" que es niño y "gogía" que es llevar o conducir. No era la palabra de una ciencia. Se usaba sólo como denominación de un trabajo: el del pedagogo que consistía en la guía del niño.

³³MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Plan nacional de discapacidad 2002 En: Discapacidad.gov.co/publica/informe actualizado.doc. (Consulta: 27 octubre, 2006)

Cuando la Ilustración europea de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, desde Francia, Alemania, Inglaterra, el Marqués de Condorcet, Rousseau, Herbart, Pestalozzi, Fröbel. Plantean el interés "ilustrado" por el progreso humano retoman el significante griego. Ahora con otros significados que, por otra parte, ya estaban anclados en las mismas raíces señaladas. De un lado, "pais-dos", niño, comienza a expandirse el significado de lo humano, de todas las etapas de la vida humana. No sólo de la niñez. El verbo, igualmente, deja de ser el significado base de la "guía" física/psíquica para pasar a significar "conducción", "apoyo", "personal", "vivencial".

Por eso, reiteradas veces se ha explicitado "pedagogía" como "androgogía", significante que no ha llegado a tener la misma fortuna. Tal vez porque "pedagogía", además de la tradición, tenía a su favor la insistencia en la infancia como en el tiempo crucial para construir la persona a perfeccionar.

Otro término que Medina Gual propone es: "agoragogía", del latín "ágora" que significa persona y "gogía" que significa llevar o conducir. Éste término ha tenido poca difusión y es un poco "antiestético" al oído, razones por las cuáles no ha tenido éxito³⁴.

La Pedagogía es un conjunto de saberes que se ocupan de la educación como fenómeno típicamente social y específicamente humano. Es por tanto una ciencia de carácter psicosocial que tiene por objeto el estudio de la educación con el fin de conocerlo y perfeccionarlo, que fácilmente orienta en la intervención de la población con discapacidad cognitiva desde una perspectiva integral.

³⁴ PEDAGOGÍA. Enciclopedia libre. En: <http://es.wikipedia.org/wiki/Pedagog%C3%ADa>. (Consulta: 27 octubre, 2006).

Las categorías pedagógicas que se sugieren apropiadas para procesos de intervención de jóvenes con discapacidad cognitiva pueden ser:

- **Pedagogía General:** Es la temática que se refiere a las cuestiones universales y globales de la investigación y de la acción sobre la educación, en este caso de la población joven con discapacidad cognitiva.
- **Pedagogías específicas:** Que a lo largo de los años han sistematizado un diferente cuerpo del conocimiento, en función de las realidades históricas. Por lo que la propuesta aquí sugerida acerca de la discapacidad cognitiva se inscribe en este contexto de investigación, al igual que la mediación de estrategias para la intervención a través de la actividad física adaptada.

4.7. ESTRATEGIAS METODOLOGICAS

Las estrategias metodológicas son definidas como acciones que indican el como se va a hacer para lograr los objetivos propuestos, en secuencias integradas de procedimientos que se eligen con un determinado propósito, constituyen un proceso regulable caracterizado por un conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento y que permiten una adecuación flexible.³⁵

Para el trabajo de intervención con jóvenes en situación de discapacidad cognitiva desde la actividad física adaptada, se sugiere un modelo de estrategias metodológicas que involucran parámetros de pedagogía activa desde los modelos desarrollista y socialista, los cuales están planteados con un propósito educativo que:

- Forma para la responsabilidad individual, la autonomía, la participación democrática.
- Forma sobre valores, deberes y derechos universales.
- Educa sobre la confianza en las capacidades, posibilidades y construcciones del otro.
- Orienta en el aprender a hacer, a ser, a pensar, a argumentar, a tomar decisiones.
- Forma desde el desarrollo del pensamiento para acceder al conocimiento científico desde necesidades, intereses.
- Enfrenta a situaciones simples y complejas, busca alternativas de solución y transformación.

³⁵ BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT® ENCARTA® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos. (Consulta: 27 octubre, 2006)

- Comprende el conocimiento desde lo imprevisto, flexible, mutable, riesgoso, opcional, compartido, deconstruido. Utiliza Estrategias como la investigación-acción-participación.
- Parte de las necesidades sociales contextualizadas, respondiendo a problemas específicos de la comunidad para liberarlos.
- Que parte de la experiencia y del aprender haciendo, con una evaluación cualitativa.

Una de la herramientas base que se remite son las adaptaciones curriculares, las cuales se integran en lo sistemas de enseñanza individualizados, con la finalidad de construir un conjunto integrado de procedimientos en un orden a alcanzar de manera eficaz, con criterios de diversificación para lograr la compatibilidad entre las necesidades e intereses de unos y otros jóvenes con discapacidad cognitiva. Se caracteriza por ser flexible, adaptable y de orden significativo.

Desde el área de la actividad física adaptada, se enfocan aquellas estrategias por las cuales se vencen las dificultades que presentan algunos jóvenes con discapacidad cognitiva como consecuencia de un déficit de tipo cognitivo, motor, social y emocional, lo cual sugiere el ajuste de las respuestas educativas, de habilidades, socialización e integración a fin de que puedan ser superadas. Por ello se sugiere en la puesta en práctica de los programas de intervención, el análisis de necesidades que presente la población beneficiada, para luego diseñar el plan de acción que le va a permitir la participación en las diferentes tareas que se le asignan y/o que asume. Todos estos elementos tienen que ser regulados por una definición del perfil personal de los jóvenes que precisa en establecer el tipo de discapacidad, edad de aparición de la discapacidad, nivel de comunicación, disposición psicosocial en torno a independencia, auto concepto, estado de salud, etc. Luego se evalúa su estado corporal y motriz para establecer el proceso de

adaptación de actividades que le van a ayudar a compensar su actuar de manera funcional. Las adaptaciones pueden ser en el espacio (condiciones de acceso, sonorización, luminosidad, ambientación, ventilación); materiales (adaptación de elementos comunes y provisión de los específicos como uso de elementos de colores vivos, texturas diferentes, tamaños y formas diferentes, utilización elementos creativos, adaptaciones de redes, protección de colchonetas). Las estrategias a utilizar deben permitir valorar la experiencia directa, la posibilidad de expresión gestual, verbal y comprensiva, Siguiendo estos criterios se plantean actividades amplias con diversos grados de dificultad y niveles de ejecución y planificación de actividades de libre elección para los jóvenes.³⁶



³⁶ C.N.R.E.E. (centro nacional de recursos de educación especial). Madrid. 1992. www.cnree.com (Consulta: 27 octubre, 2006)

5. MARCO LEGAL

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

NORMAS INTERNACIONALES:

- Ley 762 de 2002 mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad en general.
- Normas Uniformes de Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su cuadragésimo octavo período de sesiones, mediante resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.
- Inclusión internacional logro la adopción de la nueva convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, del 13 de diciembre, 2006 – Inclusión Internacional es una federación de 200 organizaciones internacionales de familias que defienden los derechos y la participación plena. Hay cuatro puntos en la Convención que son especialmente importantes para las personas con discapacidad cognitiva y sus familias:
- El derecho a vivir en la comunidad, no en condiciones inhumanas o en instituciones, está asegurado en el Artículo 19 (Vida en la comunidad)

- El derecho a ser incluido en el sistema educativo junto con otros niños está asegurado en el Artículo 24 (Educación)
- El derecho a la toma de decisiones propias está asegurado en el Artículo 12 (Capacidad Legal)
- El Preámbulo reconoce el papel de la familia a la hora de lograr los derechos humanos para los miembros de familia con discapacidad y de las personas con discapacidad intelectual a nivel mundial.
- Resolución WHA58.23, sobre la 58a asamblea mundial de la salud. La cual hace un análisis de la situación de la discapacidad en el mundo, donde aproximadamente unos 600 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad e insta a los Estados Miembros a seguir con unos parámetros de responsabilidad, sensibilidad, intervención y acciones concretas de prevención, promoción de la salud en pro de las personas con discapacidad.³⁷

NORMAS NACIONALES:

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

- Establecer mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”.³⁸

³⁷ AMS Asamblea Mundial de la Salud .WHA58.23. 58ª Mayo 25 de 2005. EN: http://www.WHA58.23_resolution_es.pdf (consulta: 4 de marzo, 2007)

³⁸ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, Ley 361 de 1997, Declaración Universal de los Derechos Humanos.

- Decreto 2381 de 1993 "Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el Día Nacional de las Personas con Discapacidad".
- Decreto 276 de 2000 que establece la conformación, define las funciones y señala el funcionamiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, fija las funciones del Secretario Técnico, define la coordinación del Comité Consultivo Nacional en la Consejería Presidencial para la Política Social y reglamenta la conformación y funciones de los Grupos de Enlace Sectorial.
- (Ley 100 de 1993)"Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral"
- Recomendación OIT N° 99, sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los discapacitados (disabled), 1995.
- Decreto N° 2226 de 1996 y Decreto N° 1152 de 1999 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados.
- El Ministerio de Trabajo ha expedido el Decreto N° 970 de 1994 que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
- Decreto N° 692 de 1995 que adopta el manual de calificación de invalidez.
- Decreto N° 1128 de 1999 reestructura el Ministerio y se incluye la asignación de funciones con respecto al tema de discapacidad;
- Decreto N° 2463 de 2001 "Reglamenta la integración, financiación y funciones de las Juntas de Calificación de Invalidez".
- Ley 105 de 1993 Ley para las disposiciones básicas del transporte.

- Decreto N° 1660 de 2003 que reglamenta la accesibilidad en los modos de transporte de la población en general y en especial de las personas con discapacidad.
- Decreto N° 1538 de 2005 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997” para establecer las condiciones básicas de accesibilidad al espacio público y la vivienda.
- Para favorecer el acceso a la vivienda, El Decreto N° 975 de 2004 establece una discriminación positiva para facilitar el acceso de las personas con discapacidad al Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social
- Resolución 003636 de Noviembre 24 de 2005. “Por la cual se establecen los parámetros mínimos para vehículos de transporte colectivo terrestre automotor de pasajeros que permita accesibilidad de personas con movilidad reducida.
- Ley 115 de 1994 Ley General de Educación. Artículos 46 sobre integración y 47 sobre apoyo y fomento.
- Decreto N° 2082 de 1996 reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o capacidades excepcionales
- Decreto N° 3011 de 1997 sobre adecuación de instituciones en programas de educación básica y media de adultos con limitaciones
- Existen además las Normas Técnicas como N° 4595 que establece los requisitos para el planeamiento y diseño físico-espacial de nuevas instalaciones escolares, acogiendo los temas de accesibilidad, seguridad y comodidad
- La N° 4596 establece requisitos para diseñar y desarrollar un sistema integral de señalización en las instituciones educativas, que contribuya a la seguridad y fácil orientación de los usuarios dentro de éstas, dispone el uso de señales para personas con discapacidad.

- Ley 397 de 1997 “Por la cual...se dictan normas sobre el patrimonio cultural, fomentos y estímulos de la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura”. En el numeral 13 del Artículo 1º (Principios fundamentales) señala que el Estado, al formular la política cultural tendrá en cuenta y concederá “especial tratamiento a las personas limitadas física, sensorial y psíquicamente...”. E igualmente, en los Artículos 50 y 60, se fija que en los Consejos nacional, departamentales, distritales y municipales, habrá un representante de las agremiaciones culturales de discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales.
- Ley 181 de 1995 “Por la cual se dictan disposiciones para el Fomento del Deporte, la Recreación, el Aprovechamiento del Tiempo Libre y la Educación Física...”. El Numeral 4 del Artículo 3 plantea como parte del objeto “Formular y ejecutar programas especiales para la educación física, deporte y recreación de las personas con discapacidades físicas, síquicas, sensoriales...”, lo cual es también tratado en los artículos 11,12 y 24.
- Ley 582 de 2000, establece el Sistema Deportivo Nacional de las personas con discapacidad y crea el Comité Paraolímpico Colombiano máximo ente rector del deporte y organiza por modalidad de discapacidad cada una de las federaciones deportivas.
- Ley 934 de 2004 "Por la cual se oficializa la Política de Desarrollo Nacional de Educación Física y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 0641 de 2001 "Por el cual se reglamenta la Ley 582 de 2000 sobre deporte asociado de personas con limitaciones físicas, mentales o sensoriales.
- Resolución 000741 de 2005 "Por el cual se reglamenta el Programa "Apoyo al Deportista Paraolímpico Colombiano"

Algunas disposiciones legales hacen evidente la aplicación de acciones a favor de la población en situación de discapacidad del departamento de Antioquia

Son un sinnúmero de decretos, resoluciones y acuerdos que se implementan a favor de la población en situación de discapacidad. Los cuales están fundamentados de acuerdo a las exigencias y necesidades de la comunidad que demanda del estado sus deberes y derechos.³⁹

POLITICA PÚBLICA:

Es la construcción participativa entre el Estado y la sociedad civil para definir orientaciones que permitan avanzar hacia el desarrollo de la autonomía y potencialidades de las personas con discapacidad, y asegurar su efectiva integración y participación en los bienes y servicios sociales.

Algunos documentos que brindan información sobre el proceso de construcción de la Política Pública Nacional de Discapacidad son:

- Plan Nacional de Intervención en Discapacidad. (Plan de Acción 2005 – 2007).
- Matriz del Plan Nacional de Acción en Discapacidad.
- Documento Conpes Social 80: Política Pública Nacional de Discapacidad.
- Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. "Hacia un Estado Comunitario"
- Política Pública en Discapacidad: Fortalecimiento y Movilización Social.
- Bases para la Formación de Política Pública en Discapacidad.

³⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Políticas sobre discapacidad. Doc.I - Bogotá D.C. 2006

- Manual Operativo-Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad.
- Planes de Desarrollo en los Territorios y Discapacidad.
- Orientaciones de Política Pública en Discapacidad.
- Manual metodológico para la construcción de política pública en discapacidad en lo local.
- Instancias del Plan Nacional de Discapacidad:
- Comité Consultivo Nacional para Personas con Limitación / Funciones
- Comité Técnico Nacional de Discapacidad.
- Comités Departamentales de Discapacidad.
- Grupos de Enlace Sectorial.

ASPECTOS ÉTICOS:

De acuerdo a la resolución número 8430 DE 1993 de Octubre 4 emitida por el MINISTERIO DE SALUD, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Además de las acciones a seguir para la valoración de la dignidad de las personas. Especificado en el TITULO II. De La Investigación En Seres Humanos. CAPITULO 1. De Los Aspectos Éticos De La Investigación En Seres Humanos.

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b) Ser revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.

c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación de éstos con el sujeto de investigación.

d) ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación. Si no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

e) Se elaborará un duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación.

CAPITULO III.

DE LAS INVESTIGACIONES EN MENORES DE EDAD O DISCAPACITADOS.

ARTICULO 23. En toda investigación que se realice en menores de edad o en discapacitados físicos y mentales, deberá satisfacer plenamente todas las exigencias que se establecen en este capítulo.

ARTICULO 24. En investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se hayan hecho estudios semejantes en personas mayores de edad y en animales inmaduros; excepto cuando sean estudios de condiciones propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

ARTICULO 25. En investigaciones en menores o en discapacitados físicos y mentales deberá, en todo caso, obtenerse, además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad del menor o del discapacitado, certificación de un neurólogo, siquiátra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto.

ARTICULO 26. Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer.

ARTICULO 27. Las investigaciones clasificadas con riesgo y con probabilidades de beneficio directo para el menor o el discapacitado, serán admisibles cuando:

a) El riesgo se justifique por la importancia del beneficio que recibirá el menor o el discapacitado.

b) El beneficio sea igual o mayor a otras alternativas ya establecidas para su diagnóstico y tratamiento.



6. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS METODÓLOGICAS

6.1 LA PERSPECTIVA DE RESULTADO Y LA PERSPECTIVA DE PROCESO EN LA PROMOCIÓN DE LA AFA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS Y LAS JÓVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA.

Traducir las complejas relaciones entre la actividad física adaptada y la salud en propuestas concretas dirigidas a la promoción de factores protectores de la salud desde de la actividad física implica descender un poco en la abstracción conceptual para acercar el análisis a las características de la práctica. Partiendo de la conceptualización que hacen parte de las relaciones entre actividad física, condición física y salud, se pueden distinguir dos perspectivas para orientar la promoción de actividad física adaptada relacionada con la salud: la perspectiva de resultado y la perspectiva de proceso.

Desde la perspectiva de resultado, la práctica de actividad física adaptada se considera como un medio para mejorar la salud, entendida como ausencia de enfermedad. La función de la actividad física adaptada sería la de curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo (enfermedades hipocinéticas). Esta concepción se basa en el hecho de que el gasto energético asociado a la actividad física adaptada puede provocar determinadas adaptaciones orgánicas consideradas factores de protección frente a las enfermedades. La práctica de actividad física adaptada se justifica o se valora en la medida en que provoca dichas adaptaciones, es decir, en la medida

en que mejora o mantiene la condición física relacionada con la salud. La condición física se convierte así en el principal nexo de unión entre actividad física adaptada y salud. Como consecuencia, las propuestas prácticas se articulan en torno a variables cuantitativas (frecuencia, intensidad, tiempo, tipo de actividad) que permiten determinar objetivamente cómo se mejora o se mantiene la condición física e, indirectamente, la salud. Se subraya la existencia de efectos objetivos de la actividad física adaptada que son generalizables a todos los individuos, indiferente de su condición o estado, implícitamente, se plantea la existencia de determinadas formas ideales de actividad física adaptada relacionada con la salud que pueden prescribirse.

Desde la perspectiva de proceso la actividad física adaptada se considera fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la práctica de actividad física adaptada en el bienestar de las personas con discapacidad cognitiva, las comunidades y el medio ambiente. La salud se vincula al concepto de calidad de vida, es decir, la percepción por parte de los individuos o los grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niega oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. Desde esta perspectiva, la actividad física adaptada, además de poder prevenir o curar enfermedades, encierra potencialmente otros beneficios saludables que no se traducen en adaptaciones orgánicas. Además de sus potenciales efectos en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, la práctica de actividad física adaptada permite entrar en contacto con uno mismo, conocer a otras personas o, simplemente, disfrutar de la práctica de las actividades. Estos rasgos no se vinculan a consecuencias tras la práctica, sino a la manera en que los jóvenes con discapacidad cognitiva, con sus propios intereses, gustos, capacidades y posibilidades, experimentan el proceso de llevarla a cabo. En este sentido, las relaciones entre actividad física adaptada y salud no pueden

objetivarse o prescribirse, sino comprenderse y orientarse en función de las características de las personas y los grupos con discapacidad que la practican.⁴⁰

A través de la actividad física adaptada se proponen una serie de estrategias que van a permitir establecer relaciones, procesos y experiencias significativas desde la relación entre los factores protectores de la salud que intervienen y las habilidades adaptativas funcionales que le permiten al joven con discapacidad cognitiva una mejor proyección de vida, al igual que se propone y estructuran formatos de evaluación y de seguimiento de estas, obteniendo así, referentes de información valiosos para los posibles cambios y mejoramientos de los programas. Ver anexo 2 y 3.

6.2. APLICABILIDAD DE LAS HABILIDADES ADAPTATIVAS PARA LA ATENCIÓN A JOVENES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA EN EDADES ENTRE LOS 15 Y 24 AÑOS.

El término habilidades adaptativas se denominaba anteriormente comportamiento adaptativo, por lo que con esta nueva concepción se busca clarificar problemas conceptuales y metodológicos derivados de uso.⁴¹

Esta caracterizado por diferenciar diez áreas de habilidades adaptativas, cada una de ellas compuesta por un amplio rango de competencias. Ofrece la posibilidad de realizar evaluaciones más precisas, especificando las destrezas o áreas afectadas. Supone además, entender que generalmente junto a determinadas limitaciones en habilidades coexisten destrezas en otras habilidades o áreas de

⁴⁰ PÉREZ SAMANIEGO, V. y DEVÍS DEVÍS, J. Universidad de Alcalá. Universidad de Valencia. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte - número 10 - junio 2003. (consulta: 4 diciembre, 2006)

⁴¹ VERDUGO Miguel Ángel. Nuevo Paradigma de retardo. Fundación PASO A PASO, Venezuela.1997.

competencia personal. Frente a la conceptualización y medición tradicional de las habilidades conductuales “desadaptativas”, entendidas como conductas inapropiadas e indeseables, ahora se pasa a considerarlas a menudo como una respuesta a las condiciones ambientales y en algunos casos, a una falta de habilidades alternativas. Siguiendo los planteamientos de Verdugo, 1996, Ford, 1989, se mencionan y aplican las habilidades adaptativas:

- **APORTES DESDE LA A.F.A.**

A través de la actividad física adaptada se proponen una serie de estrategias que van a permitir establecer relaciones, procesos y experiencias significativas desde la relación entre los factores protectores de la salud que intervienen y las habilidades adaptativas funcionales que le permiten al joven en situación de discapacidad cognitiva una mejor proyección de vida. A continuación se relacionan:

- **COMUNICACIÓN**

Habilidades que incluyen la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos (por ejemplo: palabra hablada, palabra escrita/ortografía, símbolos gráficos, lenguaje de signos) o comportamientos no simbólicos (por ejemplo: expresión facial, movimiento corporal, tocar, gestos).

A través de la actividad física adaptada estos procesos se favorecen porque se abre la posibilidad de espacios que le permiten interactuar con otros y se genera la necesidad de comunicarse, teniendo que implantar alternativas para lograrlo desde su actuar físico y respuestas

frente a las actividades. Ejemplos concretos incluyen la capacidad de comprender o de recibir un consejo, una emoción, una felicitación, un comentario, una protesta o un rechazo. Habilidades de nivel más elevado de comunicación como escribir una carta, estarían también relacionadas con habilidades académicas funcionales. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Comunicación

FACTOR	APORTES PARA LA COMUNICACIÓN
EDUCACIÓN	<p>Orientación al seguimiento de instrucciones simples con códigos o símbolos precisos que impliquen una acción y la comprensión de la misma. Procesos de intervención con materiales, ejemplos e imitación desde el mando directo</p> <p>La explicación lenta y reiterativa fomenta el aburrimiento y la rápida genera cansancio, abandono y distracción. Por ello se sugiere acompañar la orientación del proceso de imitación, seguimiento de instrucción simple con códigos o símbolos precisos, que se vuelvan codianos, que impliquen una acción y la comprensión de la misma.</p>
HABILITACIÓN	<p>Habilitación para el desarrollo de la expresión gestual y corporal en la interacción con otros. Relacionarse de manera informal, con palabras simples, en tono de voz bajo y cordial permite un mejor acercamiento y reconocimiento de los jóvenes. Cuidar el tono, la intensidad y la modulación siempre.</p> <p>Presentación de un esquema con lo que se va a tratar en la clase de manera simple, para que se familiaricen con ella y se dispongan a la participación.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Expone formas de comunicar a los demás emociones, gestos y sensaciones.</p> <p>Aprenderse de memoria los nombres de los jóvenes, además de sus particularidades</p>

	<p>más significativas, como por ejemplo descubrir que se le dificulta hablar en público o no le gusta que lo abracen, etc. Pero que desde algunas actividades adaptadas estas se modifican. Asignación de tareas simples con seguimiento y estímulo respuesta. Transmisión de la información y los mensajes con lenguaje claro, sencillo y comprensible.</p>
<p>INTEGRACIÓN</p>	<p>Intercambio ideas, juegos, detalles y situaciones. Mantenimiento de la forma que se utiliza para dar la instrucción, siempre y cuando se observe resultados positivos o que se pueden mejorar.</p> <p>Orientación y acompañamiento de los jóvenes que asumen roles y funciones de líder con los compañeros, con claridad, concreción en los mensajes y siendo descriptivos.</p>

- **AUTOCUIDADO.**

Habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.

Lo cual le permite a la persona con discapacidad tener un mejor desenvolvimiento, aumento de la autoestima y participación en las actividades con la familia, la comunidad y la sociedad en general.

Con la actividad física adaptada se establecen rutinas grupales de participación que le permitan asumir roles e identificarse con sus pares y lograr tener un nivel de aceptación en las diferentes actividades, por lo que implícitamente se aprenden comportamientos en pro de un bienestar colectivo e individual, que le genera satisfacción y bienestar. (Ver cuadro 3)

Cuadro 3. Autocuidado

FACTOR	APORTES PARA EL AUTOCUIDADO
EDUCACIÓN	<p>Mejoras en la utilización de indumentaria y presentación personal presentación de actos artísticos, deportivos y creativos.</p> <p>Orientación en aprendizajes de hábitos para proyectarlos mejor, por ejemplo ensayar danzas, salir a desfiles, practicar deportes, participar de salidas pedagógicas y recreativas.</p>
HABILITACIÓN	<p>Asumir comportamientos acorde a las situaciones y habilitación en el manejo respeto del cuerpo.</p> <p>Orientación en el manejo de posturas y comportamientos en lugares públicos. Ejercitación de hábitos para cambiar indumentaria, hidratarse, ir al baño, alimentarse.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Salidas pedagógicas, culturales y recreativas donde cumplen normas, asumen roles para participar en actividades.</p> <p>Implementación de estrategias individuales para el manejo de la autoestima, desde actividades que impliquen un menor esfuerzo y generen niveles altos de motivación con niveles variables de permanencia en la misma.</p>
INTEGRACIÓN	<p>Participación en bailes y demostraciones artísticas para proyectarse. Incentivar en la práctica periódica de actividades de expresión corporal como teatro, títeres, danzas.</p>

- **HABILIDADES DE VIDA EN EL HOGAR**

Habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del hogar, tales como: El cuidado de la ropa, tareas del hogar, cuidado del hogar, preparación de comidas, planificación y elaboración de la lista de compras, seguridad en el hogar, planificación diaria. Algunas habilidades asociadas incluyen: La orientación y el comportamiento en el hogar y en el vecindario, comunicación de preferencias y necesidades, interacción social, aplicación de habilidades académicas funcionales en el hogar.

Las familias juegan un papel fundamental en esta habilidad pues son ellas las que a través de las rutinas diarias en el hogar las implementan. La actividad física adaptada tiene un nivel de favorecimiento de este proceso mediante actividades que le impliquen poner a prueba sus habilidades y destrezas motoras, sociales y emocionales. (Ver cuadro 4)

Cuadro 4. Habilidades de vida en el hogar

FACTOR	APORTES PARA LA VIDA EN EL HOGAR
EDUCACIÓN	Desarrolla capacidad del orden, organización, rutinas. Generación de actividades como el juego de mesa, donde se aprenda a encajar, ordenar, organizar, para luego enfatizar en actividades de la vida cotidiana.
HABILITACIÓN	Habilita el desarrollo del pensamiento, hace actividades en periodos de tiempo y resuelve problemas simples. Realización de actividades de juego de roles donde asuman funciones específicas. Trabajar por subgrupos de acuerdo a formas de actuar.
SOCIALIZACIÓN	Mejora las relaciones familiares. A través de asignación de tareas simples para llevar una razón, organizar en común con la familia actividades que permitan mejorar las relaciones de afecto, tolerancia y trabajo en equipo.
INTEGRACIÓN	Integración a los espacios públicos y aprendizaje de relación con su cotidianidad. Proponer salidas a lugares poco comunes y cotidianos, cumplir una función hacia esos lugares interactuando con otros.

- **HABILIDADES SOCIALES**

Relacionadas con intercambios sociales con otros individuos, incluyendo:

- El iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros
- Recibir y responder a las claves o pistas situacionales pertinentes
- Reconocer sentimientos, proporcionar feedback positivo y negativo
- Regular el comportamiento de uno mismo, ser consciente de la existencia de iguales y aceptación de éstos
- Calibrar la cantidad y el tipo de interacción con otros
- Ayudar a otros
- Hacer y mantener amistades
- Afrontar las demandas de otros
- Compartir, entender el significado de la honestidad y de lo hermoso
- Controlar los impulsos
- Adecuar la conducta a las normas
- Respetar normas y leyes
- Mostrar un comportamiento sociosexual apropiado.

La participación de los jóvenes con discapacidad cognitiva involucrados en propuestas de actividad física adaptada, están sujetos a la forma como le fueron establecidas las normas en el hogar, la comunidad y el entorno en el cual se movilizan, por tanto su actuar puede ser modificable de acuerdo a los requerimientos de las actividades propuestas y espacios utilizados. (Ver cuadro 5)

Cuadro 5. Habilidades sociales

FACTOR	APORTES PARA LAS HABILIDADES SOCIALES
EDUCACIÓN	<p>Aprendizaje de formas para jugar, reír, compartir, respetar al otro y valorarlo.</p> <p>Si se va practicar alrededor de un tema novedoso del cual los jóvenes no tienen experiencia, convendría organizar una práctica, siempre que esto sea posible, para referirse a ella en términos de utilidad, beneficios y satisfacción.</p>
HABILITACIÓN	<p>Valoración de sí mismo, aprendizaje de normas de convivencia y adaptación a situaciones simples.</p> <p>Tener una secuencia reiterativa en algunas rutinas necesarias para la buena marcha de las actividades, como por ejemplo saludarse, organizarse en círculo, realizar calentamiento igual, por lo menos hasta que se evidencia que se ha asimilado o comprendido la situación, llegar donde se le sugiere, crear juegos con elementos que se disponen.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Ampliación del círculo de amigos, aprendizaje de otras formas de pensar, actuar y expresarse. Disminución de factores de stress.</p> <p>Adecuación de espacios para expresar las formas para jugar, reír, compartir, respetar al otro y valorarlo, puede ser con juegos en grupo, elaboración de detalles para compartir, salidas y celebraciones.</p>

INTEGRACIÓN	<p>Integración en juegos, deportes y actividades con seguridad y confianza. Reconocimiento de habilidades y destrezas.</p> <p>Implementación de comportamientos rutinarios en la forma de enseñar en aquellos jóvenes que manejan bajos niveles de atención, tolerancia y comprensión de las actividades para que logre acceder por imitación y repetición a los procesos que le son básicos en su desenvolvimiento funcional.</p>
--------------------	--

- **UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD**

Habilidades relacionadas con una adecuada utilización de los recursos de la comunidad incluyendo: El transporte, comprar en tiendas, grandes almacenes y supermercados, utilización de otros servicios de la comunidad (por ejemplo bombas de gasolina, tiendas de reparación, consultas médicas). Asistencia a la iglesia, teatro, cine y visitar otros lugares y eventos culturales.

Habilidades relacionadas incluyen: El comportamiento en la comunidad, comunicación de preferencias y necesidades, interacción social, aplicación de habilidades académicas funcionales. La actividad física adaptada, orientada con regularidad permite que se integren estas habilidades, porque se desarrolla desde un concepto de integralidad con el entorno.

(Ver cuadro 6)

Cuadro 6. Utilización de la comunidad

FACTOR	APORTES PARA LA UTILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD
EDUCACIÓN	<p>Participación y valoración de lugares, eventos culturales, deportivos y recreativos.</p> <p>Distribuirlos de acuerdo a gustos y preferencias y orientarlos en la realización de actividades como pequeños socio dramas de determinados lugares y personajes del barrio u otro de su conocimiento e interés.</p>
HABILITACIÓN	<p>Aplicación de habilidades para utilizar recursos y servicios de la comunidad.</p> <p>Adaptación de los ejemplos y explicaciones de las actividades a su nivel y tipo de experiencias anteriores. Juego de roles, proposición de carreras de observación para identificar e interactuar con aspectos de la vida cotidiana.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Reconocimiento de talentos a través de la proyección como persona activa que sensibiliza con su actuar.</p> <p>Trabajo por subgrupos de acuerdo a habilidades y destrezas motoras, sociales, para generar mayor nivel de participación y aceptación</p>
INTEGRACIÓN	<p>Interacción social, modificación de estilos de vida, mayor participación. Proyección de jóvenes guías con funciones específicas de colaboración y facilitador, cambiantes en cada sesión de intervención.</p>

- **AUTODIRECCIÓN**

Habilidades relacionadas con realizar elecciones, aprender a seguir un horario, iniciar actividades adecuadas a los lugares, condiciones, horarios e intereses personales; completar las tareas necesarias o requeridas; buscar ayuda en casos necesarios; resolver problemas en situaciones familiares y en situaciones novedosas y demostrar asertividad adecuada y habilidades de autodefensa.

Las actividades físicas adaptadas que implican la ejecución de acciones de juego, permiten poner a prueba estas características y ayudan de forma alguna a desarrollar habilidades para cumplir con tareas, hacer lo que más le gusta, crear formas de participación y seleccionar sus amigos.

(Ver cuadro 7)

Cuadro 7. Autodirección

FACTOR	APORTES PARA LA AUTODIRECCIÓN
EDUCACIÓN	<p>Propone y orienta en la ejecución de tareas. Aprende a jugar.</p> <p>Investigación acerca de los conocimientos y las experiencias que tienen los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva con relación a la actividad y las formas de juego, para luego sugerir o mejorar.</p>
HABILITACIÓN	<p>Orientación en el aprendizaje para crear hábitos con las habilidades y producción cambios funcionales. Detección de las barreras arquitectónicas.</p> <p>Generación de espacios, asignación de tareas específicas y roles a los jóvenes que presentan dificultades con la norma, la atención, concentración y algunas actividades para favorecer procesos.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Gana y desarrolla competencias para compartir en familia.</p> <p>Observación de los niveles de respuesta o intento de respuesta a la situación planteada, teniendo en cuenta su nivel de latencia. La paciencia es el principal componente de una intervención con resultado. La intervención puede hacerse directa e indirecta según nivel de comprensión y participación del joven.</p>

INTEGRACIÓN	<p>Vivencia y supera barreras actitudinales mejorando interacción con espacios abierto y cerrados a través de presentaciones deportivas, recreativas y culturales.</p> <p>Implementación de comportamientos rutinarios en la forma de enseñar en aquellos jóvenes que manejan bajos niveles de atención, tolerancia y comprensión de las actividades para que logre acceder por imitación y repetición a los procesos que le son básicos en su desenvolvimiento funcional y pueda integrarse con más seguridad al resto del grupo.</p>
--------------------	--

- **SALUD Y SEGURIDAD**

Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, tales como: Comer, identificar síntomas de enfermedad, tratamiento y prevención de accidentes, primeros auxilios, sexualidad, ajuste físico, consideraciones básicas sobre seguridad (por eje. seguir las reglas y leyes, utilizar el cinturón de seguridad, cruzar las calles, interactuar con extraños, buscar ayuda); chequeos médicos regulares y hábitos personales. Algunas habilidades relacionadas incluyen: Protegerse de comportamientos criminales, utilizar un comportamiento adecuado en la comunidad, comunicar preferencias y necesidades, participar en interacciones sociales y aplicar habilidades académicas funcionales.

Esta habilidad tiene un trabajo interdisciplinario entre padres, médicos y profesionales o personas involucradas, que cumplen una función esencial de información, capacitación, acompañamiento, evaluación y solución de dificultades. Desde la perspectiva de actividad física adaptada la función se orienta en proponer acciones y actividades que disminuyan factores de riesgo como por ejemplo realizar intervenciones de danzas para que ejercite todas las articulaciones que el médico sugiere movilizar para evitar contracturas futuras, sería una actividad libre y dirigida con la música y movimiento de su interés y preferencia, además que en común con sus compañeros puede haber mayor nivel de motivación. (Ver cuadro 8)

Cuadro 8. Salud y seguridad

FACTOR	APORTES PARA SALUD Y SEGURIDAD
EDUCACIÓN	<p>Aprendizaje en el reconocimiento del esquema corporal de los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva y funcionamiento de este frente a las actividades básicas cotidianas que le permitan desarrollar las actividades con más tolerancia a la fatiga, con mayor capacidad de oxigenación y procesos de recuperación, además de disminución de ansiedad y manejo de la relajación del cuerpo.</p> <p>Orientación a la familia en el manejo de la salud y la seguridad personal del joven, además de la toma de decisiones.</p>
HABILITACIÓN	<p>Consecución de estados de relajación, disfrute y distensión muscular, para contribuir a una mejor irrigación sanguínea, prevención de contracturas, habilitación de patrones motores básicos y control de algunas enfermedades propias y ajenas a la discapacidad cognitiva.</p> <p>Implementación de espacios de relajación, masajes y contacto con el cuerpo.</p> <p>Controles de las visitas médicas, terapéuticas y otras, ayuda a tener un acercamiento más directo del estado de salud y de los procesos a modificar.</p> <p>Análisis de las posturas que favorecen la realización de actividades y la movilidad adecuada del cuerpo.</p>

<p>SOCIALIZACIÓN</p>	<p>Control de emociones, aumento de competencias sociales, sano esparcimiento e interacción con sus pares.</p> <p>Implementación de hábitos personales que les ayude a cuidar de si mismos y de los demás, como por ejemplo: utilizar gorra en actividades al aire libre, llevar hidratación, evitar exponerse y exponer a los demás a peligros.</p>
<p>INTEGRACIÓN</p>	<p>Integración en campañas de salud, recibir atención de profesionales, aprender a utilizar los recursos para hidratarse, alimentarse y cuidarse.</p> <p>Realización de jornadas de aseo y asignación de funciones a los lideres del grupo para observar y solucionar aspectos a mejorar.</p>

- **HABILIDADES ACADÉMICAS FUNCIONALES**

Habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares, que tienen además una aplicación directa en la vida. Por ejemplo: Escribir, leer, utilizar de un modo práctico los conceptos matemáticos básicos, conceptos básicos de ciencias y todo aquello relacionado con el conocimiento del entorno físico y la propia salud y sexualidad, geografía, estudios sociales

Es importante destacar que esta área no se centra en los logros académicos correspondientes a un determinado nivel sino, más bien, en la adquisición de habilidades académicas funcionales en términos de vida independiente. Aplica para la actividad física adaptada en la forma de participación jugada donde se sugiera la utilización. (Ver cuadro 9)

Cuadro 9. Habilidades académicas funcionales

FACTOR	APORTES PARA ACTIVIDADES. ACADÉMICAS FUNCIONALES
EDUCACIÓN	<p>Ejercitación de procesos de memoria, atención, concentración, percepción y resolución de problemas cotidianos. Aprendizaje en el manejo de comportamientos rutinarios y en la forma de enseñar a aquellos jóvenes que manejan bajos niveles de atención, tolerancia y comprensión de las actividades.</p> <p>Dar importancia a los movimientos repetitivos y esquematizados, para ser modificados.</p>
HABILITACIÓN	<p>Manejo de materiales y recursos del entorno, manejo de su cuerpo.</p> <p>Modificación de las formas externas de presentación de las actividades y de lugares en la puesta en la ejecución de las acciones, para favorecer los niveles de motivación y participación, además de los aprendizajes.</p>
SOCIALIZACIÓN	<p>Estructuración de la personalidad y manejo de la sexualidad. Generación de conocimientos de los códigos de comunicación alternativos y complementarios entre los compañeros y con el profesor.</p>
INTEGRACIÓN	<p>Adaptación a las circunstancias ambientales. Fomento de los juegos cooperativos. Estimulación para la adaptación a diversos espacios, formas de trabajo, compañeros, personas en general, condiciones ambientales, etc.</p>

- **OCIO Y TIEMPO LIBRE**

Hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio (por eje. entretenimiento individual y con otros) que reflejen las preferencias y elecciones personales y, si la actividad pudiera ser realizada en público, las normas asociadas a la edad y a la cultura. Las habilidades incluyen: Elecciones e intereses de propia iniciativa, utilización y disfrute de las posibilidades de ocio del hogar y de la comunidad y de las actividades recreativas solo y con otros, jugar socialmente con otros, respetar el turno, finalizar o rehusar actividades de ocio o recreativas, ampliar la duración de la participación, aumentar el repertorio de intereses, conocimientos y habilidades.

Habilidades asociadas incluyen:

- Comportarse adecuadamente en lugares de ocio y tiempo libre
- Comunicar preferencias y necesidades
- Participar de la interacción social
- Aplicar habilidades funcionales académicas
- Exhibir habilidades de movilidad.

Es la habilidad con mayores beneficios desde la actividad física adaptada, donde se pueden implementar todo tipo de actividades de manera individual, grupal o integrada con la familia y la comunidad. (Ver cuadro 10)

Cuadro 10. Ocio y tiempo libre

FACTOR	APORTES PARA OCIO Y TIEMPO LIBRE
EDUCACIÓN	Análisis de los contenidos del programa, procurando introducir en la programación diferentes formas de enseñanza. Al cabo de un tiempo conviene modificar el orden y de ser posible las actividades. Descubrimiento y adaptación de juegos, materiales de uso como la pintura, juegos de mesa.
HABILITACIÓN	Implementación de diversos espacios, actividades y materiales que permitan hacer una selección de acuerdo a gustos y preferencias, para tratar de habituarlos en su uso cotidiano. Elegir y practicar actividades de interés, jugar con otros respetando normas y acuerdos, aumentar tolerancia de permanencia en una actividad.
SOCIALIZACIÓN	Experiencias a través de juegos colectivos, ensayos de danzas, teatro con otras personas para llegar a un producto final. Realización de actos, actividades que denoten para los demás la puesta en evidencia de sus experiencias, dotes de artista, deportista, poeta, otros.
INTEGRACIÓN	Conformación de grupos de cultura, deporte, artes, que les permita a los jóvenes mantener altos niveles de motivación y lograr un manejo de situaciones emocionales y sociales, necesarias para su integración. Participación en eventos recreativos, deportivos.

- **TRABAJO**

Habilidades relacionadas con poseer un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, en términos de habilidades laborales específicas, comportamiento social apropiado y habilidades relacionadas con el trabajo. Por ejemplo:

Finalizar las tareas, conocimiento de los horarios, habilidades para buscar ayuda, recibir críticas y mejorar habilidades; manejo del dinero, localización de recursos financieros y aplicación de otras habilidades académicas funcionales, habilidades relacionadas con el ir y volver del trabajo, prepararse para el trabajo, manejo propio mientras esté en el trabajo, interacción con los compañeros.

La actividad física adaptada potencia el trabajo en equipo, la agilidad para los movimientos, a través del manejo de implementos deportivos se perfecciona la motricidad fina, la resolución de problemas, entre otras, necesarias y útiles para la ejecución de acciones ocupacionales y laborales. (Ver cuadro 11)

Cuadro 11. Trabajo

FACTOR	APORTES PARA EL TRABAJO
EDUCACIÓN	Ejercitación de habilidades y capacidades sociales, emocionales y motoras. Cumplimientos de rutinas y tareas. Planificación de actividades que impliquen el reconocimiento de otros lugares, resaltando en la forma en que están vestidos, los horarios, lo que hacen, lo que ganan y la relación con lo que ellos son o quieren y pueden ser.
HABILITACIÓN	Niveles de independencia para ejecutar las acciones, mejorar o ejercitar el equilibrio. Adaptación de las conductas en el tiempo y el espacio. Establecimiento de rutinas que le permitan aprender a manejar o reconocer horarios, tiempos, actividades y espacios.
SOCIALIZACIÓN	Adaptación a diferentes personas, situaciones y espacios. Implementación de trabajos en grupos con interrelación entre todos a través de rotaciones.
INTEGRACIÓN	Interacción con los demás y el entorno. Organización de actividades que permitan mejorar y mantener funciones motoras, sociales, cognitivas y emocionales.

6.3. RECOMENDACIONES DE SALUD:

En la implementación de propuestas desde la actividad física adaptada para jóvenes con discapacidad cognitiva se sugiere tener en cuenta los diferentes métodos, estrategias y técnicas que pueden implementarse para desarrollarlas, partiendo del concepto de integralidad del ser que tiene unos sistemas funcionales que están asociados a la situación de discapacidad, por lo que deben evaluarse y ubicarlas en un desempeño personal en los contextos y espacios que lo involucran. Las prácticas sugieren:

- Asegurar un buen examen médico así como un buen seguimiento
- Proveer un sitio de supervisión médica, si es necesario.
Se relaciona con la calidad de los participantes en el programa y tiene relación directa con participantes que posean riesgos.
- Establecimiento de un plan de emergencia
Se debe prever un equipo que debe estar preparado para prestar ayuda en los casos de complicaciones músculo esqueléticas (fracturas, esguinces, etc.) y cardiovasculares. Esto incluye resucitación cardiopulmonar, inmovilizadores para cuello y estabilizadores para fracturas, así como camillas y transporte hasta centro hospitalario.
El plan de emergencia debe determinar las personas responsables de las distintas actividades a llevar a cabo, las maniobras de resucitación, las llamadas de urgencia, el transporte y el encargado de controlar los demás participantes en las actividades. Los números de los centros de asistencia deben ser claramente visibles y estar disponibles cerca de los teléfonos; de ser posible se deben establecer líneas directas o teléfonos rojos.
- Promover la educación de los participantes en los programas

Se debe insistir en que ante la aparición de dichos síntomas, se debe detener la actividad hasta nueva orden o evaluación.

- Iniciar la actividad con intensidad bajas o moderadas
A menor intensidad, menores serán las posibilidades de aparición de riesgos de complicaciones.
- El calentamiento y la vuelta a la calma deben ser realizados sistemáticamente y apropiadamente. Un calentamiento progresivo, que incluya actividades músculo esqueléticas (estiramientos) y cardiorrespiratorias (caminatas, trotes, ejercicios generales). Una vuelta a la calma de manera progresiva favorece la adaptación del retorno venoso, reduciendo las posibilidades de hipotensión luego del ejercicio. Incrementar las posibilidades de recrearse modificando las reglas de los juegos, evitando las actividades competitivas, porque estas incrementan los niveles del sistema simpático así como las catecolamina, aumentando el riesgo de fibrilación ventricular.
- Mantener una buena supervisión durante las actividades de recuperación.

7. ASPECTOS PRELIMINARES

Antes de elaborar un plan de trabajo para la población jóvenes entre los 15 y 24 años de edad con discapacidad cognitiva, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El diagnóstico que cada uno tiene en su historial clínico, donde se incluya las implicaciones que tiene el tipo de discapacidad que presenta, su contexto familiar, social, las consideraciones de salud (espasmos, movimientos involuntarios, hipertoniía a hipotoniía problemas cardió-respiratorios) que influyen en su proceso.
- Hacer una evaluación física inicial donde se analicen los aspectos de flexibilidad, equilibrio, fuerza y resistencia, coordinación, además de las habilidades y destrezas que posee, para así poder establecer las un plan de trabajo y potenciarlas con las adaptaciones necesarias.
- Tener en cuenta el proceso motor de cada uno para que no haya en ellos ningún tipo frustración ante una actividad que esté fuera de sus posibilidades y/o capacidades.
- Evaluar la valoración que tiene de su esquema corporal, la conciencia que tiene de sus habilidades, de las funciones de su propio cuerpo, del control de sus movimientos adaptados a las circunstancias y acciones partiendo de las habilidades básicas, hábitos higiénicos y de salud, posturas adoptadas, el manejo de emociones, tolerancia a la frustración, si presentan movimientos estereotipados, rutinas establecidas, los factores que interfieren en su comportamiento, entre otra información relevante; esto debe ser apoyado por la información que suministre la familia.

- A nivel de las situaciones externas relacionadas con los medios, los recursos y el presupuesto, se sugiere partir de las posibilidades y orientaciones que puede dar la familia y los mismos jóvenes, los cuales no van a permitir adquirir una perspectiva más amplia de posibilidades. Partir del entorno conocido e involucrar aquellos que resulten con características similares o que potencien otra vivencia de experiencias significativas. Los recursos son importantes en tanto están cargados de estímulos y adecuaciones para que ellos los utilicen.

El evitar subestimar los logros de los jóvenes con discapacidad cognitiva frente a cualquier propuesta de intervención, permite una mejor intervención y alcance de las metas, siendo importante resaltar la exposición a muchos factores externos y al nivel de independencia que puedan llegar a tener para desenvolverse con diversos grados de funcionalidad en las diversas actividades. Se sugiere realizar un trabajo de intervención con la finalidad de adquirir ciertas habilidades psicomotoras que les permitan un desarrollo integral, en áreas como: motora gruesa (buscar que camine solo, suba y baje escaleras, salte, se agache, se movilice a lugares con cierto grado de independencia, etc.); fina (favorecer la coordinación viso – motora, oculo pedica en la realización de actividades básica cotidianas y de acuerdo a sus intereses.); cognitiva (desarrollo de aprendizajes básicos para el desempeño funcional en el hogar, la comunidad y el entorno en general); lenguaje (comunicación gestual, expresiva, comprensiva, que le permita niveles primarios de interrelación con otros.), socio afectiva (reconocimiento y relación consigo mismo, con el entorno y con otros).

8. ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN:

La puesta en funcionamiento de una propuesta de intervención que tiene en cuenta como estrategia metodológica las actividades físicas adaptadas, plantean una organización de los procesos basados en una estructuración propia, que aunque retoma las estructuras cotidianas de una sesión de intervención en cuanto a parte inicial, central y final, sustenta unas particularidades que son priorizadas de acuerdo a la sesión de intervención y a la población que interviene, pudiendo ser:

- Adecuación de los tiempos en cuanto a ritmo, intensidad y secuencia.
- Niveles de exigencia
- Variabilidad de las acciones para lograr un mismo fin
- Organización de los espacios, materiales y recursos a utilizar
- Condicionamiento del contenido de la sesión
- Especificidad en las instrucciones
- Proceso constante de imitación y refuerzo de las acciones.

La propuesta ha de permitir orientar a todas aquellas personas que de alguna u otra forma tienen algún tipo de intervención con los jóvenes con discapacidad cognitiva desde las actividades físicas adaptadas y que involucran la promoción de factores protectores de la salud. Las Estrategias van a posibilitar la toma de conciencia de cuales son las realidades a las que se ve enfrentado un joven con discapacidad cognitiva y de esta forma poder favorecer procesos, a la vez que se ayuda a cualificar y orientar la labor del que orienta. (Ver cuadro 12)

A continuación se proponen una serie de recomendaciones con el fin de orientar a todas aquellas personas que de alguna u otra forma tienen algún tipo de intervención con los jóvenes en situación de discapacidad cognitiva desde las actividades físicas adaptadas y que involucran la promoción de factores protectores de la salud.

A. TRABAJO INDIVIDUAL

Hacer especial hincapié en una propuesta de trabajo individual que busque el mejoramiento de la autoestima, los niveles de independencia funcional, atañe principalmente a dos áreas de desarrollo, específicamente a la identificación del propio cuerpo, el conocimiento y aceptación de su personalidad, y a la interiorización de su rol y el de los integrantes de su grupo familiar.

La actividad física adaptada contribuye a ayudar a situar el movimiento de su cuerpo como una forma de expresión y comunicación que le ayuda a integrarse a la rutina de vida familiar, escolar y comunitaria, para ello es recomendable trabajar las expresiones dancísticas a partir de sus intereses, para que se involucre de manera eficaz en los procesos de aprendizaje de los pasos, rutinas y encuentre la forma de satisfacer necesidades.

Enfatizar en el manejo del esquema corporal a través de experiencias y vivencias con otros en el espacio y el tiempo.

Modificar actitudes corporales y emocionales que dificultan la participación en las actividades físicas adaptadas.

Desarrollar la capacidad de compañerismo y colaboración para con los demás, su familia y el entorno en general.

Realizar trabajos individuales con las habilidades que posee para que las asuma, valore y potencia en la práctica de las actividades de interés o preferencia.

Adaptar los deportes, las actividades, materiales y espacios, esta fundamenta en el principio de la actividad física adaptada que esta al servicio de las condiciones de las personas con discapacidad y no la persona adaptada a las condiciones de la actividad física adaptada.

El estímulo individual debe ser manejado con precaución para evitar que se generen falsas expectativas, se condicionen las actuaciones y se manipule los resultados.

La ganancia de medallas, el reconocimiento deportivo, los títulos en la participación de actividades se sugieren ser manejada con propósitos lúdicos y recreativos, más que de manera competitiva, tratando de mantener las adaptaciones de los deportes y actividades bajo los principios de educabilidad y enseñabilidad y a su disposición, con el fin de evitar a futuro frustraciones innecesarias.

Trabajar rutinas de imitación y acompañamiento permanente, en especial en aquellos jóvenes con discapacidad cognitiva que se les dificulta manejar o dominar movimientos y conductas motrices, además de las emociones. Las actividades deportivas deben ser adaptadas a sus condiciones

En el trabajo con jóvenes de baja habilidad para realizar las actividades sugeridas, se debe contar con el apoyo de la familia para que acompañe los procesos y aporte sugerencias de intervención.

B. TRABAJO EN GRUPO

Está referida a formar grupos de trabajo de no más de 6 jóvenes. Cada grupo va a ser conformado por el profesor o profesional que interviene con la finalidad de tener en cuenta lo heterogéneo del grupo, incorporándose en cada uno de ellos un joven conflictivo, uno de alto rendimiento, uno tímido, uno con condiciones de líderes, uno de bajo rendimiento, etc. La idea es que se mezclen jóvenes con mayores habilidades y destrezas de todo tipo con otros que no lo son tanto, para que lo estimulen en los procesos, acompañen y sirvan de intermediarios.

La subdivisión puede considerarse por tres categorías de baja, mediana y alta habilidad.

Baja Habilidad: categoría que es aplicada para aquellos jóvenes que requieren de varios tipos de apoyos específicos y acordes a su nivel de discapacidad, estado de salud, además requieren de acompañamiento para movilizarse, actuar desde las habilidades motrices básicas y las habilidades adaptativas.

Mediana Habilidad: categoría que es aplicada con aquellos jóvenes que medianamente tienen un nivel de desempeño motriz, social, emocional que les permite responder a las diversas actividades con algunos apoyos, adaptaciones y acompañamientos.

Alta Habilidad: categoría que es aplicada para aquellos jóvenes que tienen una participación multifacética, que les posibilita el dominio de varias conductas motrices con destreza y agilidad, además de ser autónomos e independientes. Todas estas situaciones están, inmersas en las oportunidades y estímulos que desde edad temprana hayan adquirido o recibido en el contexto familiar, escolar y social.

Dentro de las normas que rigen a todos y cada uno de los grupos formados está el que los logros y fracasos que se obtengan, ya sean por uno o varios miembros del grupo, serán valorados y motivados para seguir adelante. Se espera es un trabajo en equipo, una construcción de socialización con el otro y no un trabajo en términos individualistas o de requerimiento para el profesor.

Otra forma de trabajar en grupo sería subdividiéndolos por habilidades similares, donde estarían de líderes los de alta habilidad para guiar a sus demás compañeros en la ejecución de las actividades con el asesoramiento del profesor o persona encargada. Las actividades estarían orientadas para satisfacer necesidades e intereses, focalizar la atención a sus dificultades y logros, además de valorar los esfuerzos, generar intercambio de emociones.

Los contenidos de las propuestas en actividad física adaptada se deben continuar trabajando con la habitualidad de siempre ya que el trabajo grupal es permanente. Si se trata de clases con juegos de mesa, no debieran cambiar de posición sus mesas, sino la disponibilidad del material para que lo roten, lo conozcan, lo aprendan a experimentar. Hay variadas formas de organizar los contenidos o ejes temáticos para la intervención, según los objetivos del programa de intervención. Ver anexo 4.

El trabajo con los padres es un requisito obligatorio, ya que la falta de información por parte de la familia puede transformarse en factor de fracaso de la propuesta de intervención. Trabajar con los padres implica realizar talleres, charlas, en donde se traten temas como la diversidad, el trabajo responsable, el reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades, entre otros.



Cuadro 12 Estrategias y adaptaciones metodologicas

ESPACIO	MATERIALES Y RECURSOS	HABILIDADES Y DESTREZAS	TIPO DE ORIENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de posibilidades de acceso, libre de obstáculos como escalas, pendientes, huecos. • Delimitación y señalización de acuerdo a la actividad general o específica. • Manejo de estímulos sonoros que permitan la 	<ul style="list-style-type: none"> • Suficientes para permitir trabajo individualizado o por lo menos en grupos pequeños. • Adaptarlos de acuerdo a necesidades de cada uno en tamaño, textura, forma, por ejemplo: si tiene asociado hipertonia muscular, sus materiales deben permitirle el manejo y la manipulación de 	<ul style="list-style-type: none"> • Si son de baja habilidad, proponer actividades de una sola orientación, por ejemplo: si es para trabajar lanzamiento de pelota, entonces variar en la intensidad, distancia, tamaño, postura o lugar e ir modificando una por una de acuerdo a necesidades e intereses. • Si son de mediana habilidad, proponer actividades de varias acciones y opciones que 	<ul style="list-style-type: none"> • De mando directo donde la ejecución de las actividades se hace con acompañamiento dependiente, semidependiente e independiente según el caso. • Por asignación de tareas de una sola acción, varias acciones o con distintos grados de dificultad según sea el caso. • De enseñanza recíproca donde se asignan roles y quien observa detecta errores y plantea soluciones, quien ejecuta asimila la tarea y la lleva a cabo. • De intervención en

<p>atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o mantenimiento de pocos estímulos en la ejecución de actividades. • Ubicación con iluminación y ventilación adecuados para la actividad. • Cercanía a baños y duchas. • Manejo de adecuación de las condiciones del pavimento, mejor si son antideslizantes. 	<p>este.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ubicación en lugares estratégicos. • Facilitarlos en buen estado o por lo menos que no generen posibilidades de riesgo, por no saber manipularlos • manejo de cada material por acción, para evitar exceso de estímulos y pérdida de la finalidad. • manejo libre y espontáneo, permitiendo el reconocimiento y la utilización. 	<p>permitan desenvolverse con niveles de exigencia y superar sus propios logros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si son de alta habilidad, proponer actividades con modificaciones que él mismo sugiera e ir en aumento con los niveles de exigencia. Proponer la puesta en evidencia con acciones de acompañamiento a los demás compañeros e intercambiar con los de su misma o similar destreza. 	<p>pequeños grupos, donde se trabaja por habilidades, capacidades, necesidades, características emocionales, de salud u otro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por estímulo- respuesta, donde el docente propone y el alumno responde a una serie de pasos que al final deben resultar secuenciales. • De solución de problemas, donde cada uno busca alternativas motrices de lo que se le plantea y se incentiva la creatividad. Deben ser ajustados a la experiencia, disposición e intereses de estos.
---	---	--	--

BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA, PEREZ, Alfredo. El tiempo libre y el espacio vital, hacia una política de Estado. Sociedad Mexicana de geografía y estadística. academia de administración del tiempo libre. México. Año: 2000
- ALVAREZ SANCHEZ, Mercedes y otros. Educación Especial, áreas curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales. Editorial PEARSON, EDUCACIÓN, S.A. 2002 Pág. 242
- CONTRERAS ACOSTA, Evelyn. Trabajadora social. ministerio de trabajo. desarrollo humano, trabajo y adolescencia. Un abordaje conceptual para la comprensión de la salud Integral del adolescente. Costa Rica. En: "<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/466.html>" "PNUD." PNUD, 1995.
- CONTRERAS JORDAN, Onofre R. Didáctica de la educación física. un enfoque constructivista. Colección la educación física en reforma. publicaciones INDE, Primera edición. España. 1998 Pág. 322.
- DUQUE, Claudia y MOSQUERA, Jarnanys. La importancia de la implementación de actividades recreativas, para el manejo del tiempo libre de las personas con discapacidad. (Mayo De 2004) Bogotá, D.C. Memorias En: VIII Congreso Nacional de recreación. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / Funlibre., Colombia.

- EXPERTO EN INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: habilidad. (USAL). Universidad de Salamanca. En: Educaweb.Com. (Enero 20 de 2007)
- EGEA GARCÍA, Carlos y LUNA MALDONADO, Jorge. El nuevo paradigma del retraso mental: Afinidades y diferencias con visiones anteriores. 2000. En: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/paradigm.htm>
- PROYECTOS ACADÉMICOS. En: El portal de educación física / heziketa fisikoaren ataria una, Portal de Internet. (2006-03-24).
- ENCICLOPEDIA WIKIPEDIA, la enciclopedia libre del Internet. 2006
- MANEJO DE LA DISCAPACIDAD. Federación panamericana de asociaciones de facultades y escuelas de medicina. Caracas. Venezuela. 2002. E: www.fepafem.org.ve/investigación/año2002/. Pdf.
- FUNDACIÓN PASO A PASO. Página de la sección de medios educativos e investigativos. Venezuela. 2006
- GACHANCIPA C, Sandra Liliana / WISWELL A, María del Amparo. Inclusión social: una mirada desde la habilitación funcional. Instituto distrital para la recreación y el deporte – IDR. Bogotá, D.C., Colombia. 2004.
- GERLERO, Julia. Diferencias entre ocio, tiempo libre y recreación: lineamientos preliminares para el estudio de la recreación. En: I Congreso

departamental de recreación de la Orinoquia Colombiana. Universidad Nacional del Comahue. Argentina. (Octubre De 2005). Villavicencio, Meta.

- GÓMEZ, LÓPEZ, Manuel. RUIZ, Juan, Francisco y GARCÍA MONTES, María Elena. Universidad de Almería. Universidad de Granada. (España).
- HEWARD, William L., ORLANSKY, Micchel D., Programa de Educación Especial, Ediciones ceac, S.A., Barcelona, España, 1992.
- EL TIEMPO DE OCIO EN LAS COORDENADAS DE LA SALUD MENTAL. En: http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?tipo_busqueda=CODIGO&clave_revista=5593 (01/dic/2004)
- IMSERSO. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud. una visión de futuro. En: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad6.pdf>. CIF. 2000
- ONU. Personas en situación de discapacidad. Cronología. Los primeros cincuenta años y Octavo período de sesiones Nueva York, 14 a 25 de agosto de 2006. En: http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/adhoc_committee.htm
- RODRÍGUEZ, Lucía. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un grupo de personas con deficiencia mental. En: Lecturas: Educación Física y Deportes <http://www.efdeportes.com/> revista digital. Buenos Aires. Año 5 - Nº 19 - Marzo 2000.

- MARMOLEJO, Mireya. La recreación como un componente de la salud: algunas reflexiones sobre equidad e inclusión a partir del proceso de práctica profesional del programa de recreación de la Universidad Del Valle. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE. Bogotá, D.C., COLOMBIA. 2004.
- BERMEJO, Pedro. Medio ambiente y desarrollo, datos e informaciones .ministerio de ciencia, tecnología y medio ambiente, LA Habana. director instituto nacional de higiene, epidemiología y microbiología. CITMA. Cuba.1997.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA, Dirección Provincial de Burgos, El Juego y la comunicación en alumnos con necesidades educativas especiales, 1.999.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución Numero 8430 de 1993 de Octubre 4. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 2006
- MORENO, Maria Laura, Educación física en el discapacitado, un recorrido hacia la posibilidad, Landeira Ediciones S.A., Argentina.
- MUDARRA SÁNCHEZ María José e BÁÑEZ LÓPEZ Pilar. Relaciones sociales de personas con discapacidad, en el Ocio y Tiempo libre. Universidad de la Rioja. 2001-2006.
- NÁJERA GARCIDUEÑAS, María Magdalena, DÍAZ CISNEROS FRANCISCO, José Guzmán

- OSORIO CORREA, Esperanza. Desde donde construir contextos de ocio y recreación desde y para la infancia y la juventud. En: IV Simposio nacional de investigación y formación en recreación. Cali. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE. Cali, Colombia. 2005.
- PÁGINA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - Bogotá D.C - © 2006
- PERALTA BERBESI, Héctor J. Actividades para discapacitados. Bogotá. 1997. Pág. 121.
- PÉREZ, Merche. Educadora Social. Asociación de profesionales del ocio especializado en personas con discapacidad. Kalidoscopio.2006
- PÉREZ SÁNCHEZ, Aldo. Tiempo libre y recreación y su relación con la calidad de vida y el desarrollo individual. Instituto Superior Manuel Fajardo. Cuba. En: VII Congreso Nacional De Recreación. (Julio de 2002). Cartagena De Indias, Colombia.
- . EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES. Actividades física adaptadas, innovación educativa y deportiva. En: Revista Apunts. Nº 38, octubre-1994
- VERDUGO, Miguel A. y JENARO, Cristina. Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo". AARM. Versión española. Alianza Editorial, Madrid 1997.

- PLAN NACIONAL DE DISCAPACIDAD. 2002-2006. Programa de Derechos Humanos y Discapacidad Bogotá D.C. 2006. En: [www.discapacidad.gov.co/ppublica/informe actualizado.doc](http://www.discapacidad.gov.co/ppublica/informe%20actualizado.doc)
- Clasificación Internacional de Funcionamiento. Pagina institucional <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Constitución política de Colombia 1991.

GLOSARIO

AFA: Define las actividades físicas adaptadas.

CALIDAD DE VIDA: La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de los jóvenes con discapacidad cognitiva que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida, esta relacionada con los objetivos, expectativas, normas, inquietudes, por lo que es un concepto subjetivo, propio, que está influenciado por las características del entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".⁴²

Capacidad de un atleta de vencer resistencias externas al movimiento con una gran velocidad.

CIF: Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad

DEFICIENCIA: La deficiencia es definida como una pérdida, malformación o anomalía de un órgano, una estructura mental, psicológica, fisiológica o anatómica. Considerándose como resultado de un estado patológico observable, medible y que puede ser objeto de diagnóstico. Una persona puede tener una o varias deficiencias con grados diferentes de gravedad. A la vez que la misma deficiencia en varias personas puede tener causas diversas. El hecho de padecer una o varias deficiencias no representa necesariamente una discapacidad.

⁴² **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Fue creado el 7 de abril de 1948. doc.

El ocio es un ámbito fundamental en la vida de cualquier persona, incluidas aquellas que están en situación de discapacidad cognitiva, en él están presentes muchos aspectos que contribuyen a la satisfacción personal de manera significativa y redundan en una mejora de la calidad de vida.

FLEXIBILIDAD: es la capacidad de extensión máxima de un movimiento en una articulación determinada.

FLUIDEZ DE MOVIMIENTO: Son movimientos precisos armónicos, flexibles, plásticos y económicos. Dependen de la tonicidad.

FUERZA MÁXIMA: es "la mayor fuerza que es capaz de desarrollar el sistema nervioso y muscular por medio de una contracción máxima voluntaria.

FUERZA VELOZ: es la velocidad del sistema neuromuscular de vencer una resistencia a la mayor velocidad de contracción posible.

FUERZA: es la capacidad neuromuscular de superar una resistencia externa o interna gracias a la contracción muscular, de forma estática (fuerza isométrica) o dinámica (fuerza isotónica). Es la tensión que está en capacidad de generar un músculo por la acción de una contracción muscular voluntaria.

LIPIDOSIS: Enfermedades provocadas por anomalías en las enzimas que descomponen (metabolizan) las grasas, producen una acumulación tóxica de subproductos grasos en los tejidos. Las grasas, también denominadas lípidos, son sustancias ricas en energía que sirven de fuente principal de combustible para los procesos metabólicos del cuerpo. Grupos de enzimas específicas ayudan al cuerpo a descomponer cada tipo de grasa. Las anomalías en estas enzimas pueden llevar a la formación de sustancias grasas específicas que normalmente

habrían sido descompuestas por la enzima. Al cabo de un tiempo, la acumulación de estas sustancias puede ser nociva para muchos órganos del cuerpo.

MINUSVALIA: Se considera la minusvalía como un factor que genera desventajas para una persona determinada, pudiendo ser consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol específico. Esta refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, políticas y ambientales, que derivan de la deficiencia y discapacidad ante la presencia de roles de supervivencia como orientación, independencia, movilidad, ocupación, integración y autosuficiencia.

OCIO: El ocio es entendido como un conjunto de ocupaciones en las que una persona emplea el tiempo sin estar obligada a hacerlo, esto se hace a través del desarrollo de intereses variados que reflejan preferencias y elecciones personales. Incluye habilidades como elegir, decidir y seguir intereses propios. Con estas ocupaciones o actividades a las que el individuo se dedica voluntariamente, no se pretende ninguna utilidad práctica, lo que se busca es divertirse, disfrutar al realizar una actividad.

RESISTENCIA AERÓBICA: que consiste en realizar esfuerzos prolongados con intensidad media, con consumos submáximos de oxígeno manteniendo la eficacia.

RESISTENCIA ANAERÓBICA ALÁCTICA: es la capacidad de realizar esfuerzos de alta intensidad y corta duración (10 a 20 segundos).

RESISTENCIA ANAERÓBICA LÁCTICA: es la capacidad de realizar ejercicios o actividades musculares con presencia de ácido láctico en funcionamiento mientras el consumo de oxígeno supera el umbral superior.

RESISTENCIA BÁSICA O DE BASE: es la capacidad para realizar actividades generales que se constituyen en la base para la práctica de cualquier actividad física o deportiva.

RESISTENCIA ESPECÍFICA: es la capacidad de realizar prácticas y ejercicios que están relacionados con una actividad motriz determinada.

RESISTENCIA: capacidad física y psíquica de soportar la fatiga frente a esfuerzos relativamente prolongados y/o recuperación rápida después de dicho esfuerzo de larga duración sin disminuir su eficacia o rendimiento.

TIEMPO LIBRE: El tiempo libre es aquel del cual se puede disponer con cierta libertad y que no está vinculado a un trabajo profesional remunerado, ni a una obligación o necesidad. El aprovechamiento del tiempo libre, es el uso constructivo que el ser humano hace de él, en beneficio de su enriquecimiento personal y del disfrute de la vida en forma individual o colectiva. Tiene como funciones básicas el descanso, la diversión, el complemento de la formación, la socialización, la creatividad, el desarrollo personal, la liberación en el trabajo y la recuperación sicobiológica.⁴³

VELOCIDAD ACÍCLICA: es la capacidad de realizar acciones compuestas por movimientos independientes entre sí pero que se complementan entre todos como una práctica global (el salto alto, los lanzamientos, etc.).

VELOCIDAD CÍCLICA: es la capacidad de realizar series de movimientos similares, repetidos en forma continua y realizados en el menor tiempo posible (nadar, pedalear en una bicicleta, trotar, etc.).

⁴³ La Ley 181 de 1995, para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física. título II ARTÍCULO 5o. doc.

VELOCIDAD: es la capacidad de realizar acciones motoras en el mínimo tiempo posible y con el mayor rendimiento o eficacia.

ANEXOS

ANEXO 1

CARACTERIZACIÓN PATOLÓGICA DE SALUD Y MOTORA DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

SITUACIÓN	FUNCIÓN ORGÁNICA,	MORFOLÓGICA FISIOLÓGICA Y	PSIQUICA	MOTOR
COGNITIVA	<p>Lesiones Orgánicas muy generalizadas.</p> <p>Resistencia cardiovascular menor a la media.</p>	<p>Desarrollo normal de peso y estatura.</p> <p>Subadaptación a la bipedestación: pies planos, cifosis dorsal y hombros caídos.</p> <p>Deformaciones torácicos, hipotonía abdominal, escoliosis y actitudes escolióticas.</p> <p>Respiración corta y bucal, mucosidad en la nariz, no apnea (no suspenden la respiración), Forma ojival de la bóveda palatina.</p>	<p>Niveles de Frustración sino hay orientación adecuada.</p> <p>Falta de Motivación propia y Volición-inhibición (Acto de voluntad, falta de confianza).</p> <p>Perturbaciones al Salir de la Rutina.</p> <p>Inquietud y Ansiedad, trasformada en angustia y miedo, cuando no cuenta con espacios que le permitan socialización y comunicación.</p> <p>Desarrollo psicomotor se desvía fuertemente de la</p>	<p>Ritmo lento en el Desarrollo.</p> <p>Capacidad motora es superior a la intelectual.</p> <p>Tendencia a La Imitación Y Subordinación</p> <p>Mayor éxito en las actividades deportivas que en las que implican razonamiento.</p> <p>Equilibrio estático perturbado.</p> <p>Coordinación dinámica alterada.</p> <p>Desarrollo sensorio-motor muy débil.</p>

			<p>norma: al jugar, ver, sentir y explorar por los factores orgánicos o actitudinales que le rodeen.</p> <p>Poca noción de autonomía e independencia.</p> <p>Hiposensibles: tocan todo porque necesitan estimulación, a nivel del sistema vestibular se definen por el balanceo constante.</p> <p>Hipersensibles: no se dejan tocar y a nivel del sistema vestibular no desean moverse.</p>	<p>Sincinesias, imposibilidad de relajación voluntaria, precisión y rapidez disminuidas.</p> <p>Orientación y estructuración espacio temporal alterado.</p> <p>La Lateralidad generalmente no la perciben.</p> <p>No hay sensibilidad profunda.</p> <p>Disminución de la eficacia motora y condición física según aumenta la edad o según los estímulos recibidos.</p>
--	--	--	---	--

ASPECTOS	FUNCIÓN ORGÁNICA,	MORFOLÓGICA FISIOLÓGICA Y	PSIQUICA	MOTOR
SINDROME DE DOWN	<p>Problemas de Salud: Como cardiopatías influyen en la energía y capacidad para la actividad motora;</p> <p>la Obesidad y el hipertiroidismo, influye para la resistencia.</p> <p>La inmadurez del cerebelo, tronco cerebral.</p> <p>La medicación que reduce el apetito y por ende la energía disponible.</p> <p>Compresión de la medula espinal, dislocación de vértebras, dañando y generando un posible daño neurológico.</p> <p>Déficit sensoriales: otitis, deterioro del conducto, estrabismo, cataratas congénitas, etc.</p>	<p>Desarrollo anormal de peso y estatura: influye en la fuerza, postura, locomoción y manipulación.</p> <p>Hipotonía y Laxitud Ligamentosa: Aumento de la flexibilidad de las articulaciones, que interfieren en la adquisición de una postura adecuada.</p> <p>Extremidades Cortas: La estatura: sus piernas y brazos son cortos, tienen efectos sobre la fuerza, la postura, locomoción y manipulación.</p> <p>La Persistencia De Reflejos Primitivos: Influye en la capacidad de reaccionar ante determinado estímulo.</p> <p>Problemas ortopédicos: La inestabilidad atlantoaxial es la más grave, ya que pone en riesgo la médula espinal, impidiendo realizar actividades y todos aquellos ejercicios que supongan presión en el cuello y los músculos de la cabeza.</p> <p>Anormalidades anatómicas: como la trompa de Eustaquio y las estructuras faciales que la envuelven (oído), conducto lagrimal bloqueado (ojo).</p>	<p>Frustración sino recibe la orientación adecuada</p> <p>Bajos niveles de tolerancia a la fatiga</p> <p>Falta de Motivación propia y Volición-inhibición(Acto de voluntad, falta de confianza),</p> <p>Perturbaciones al Salir de la Rutina,</p> <p>Inquietud y Ansiedad, transformada en angustia y miedo, cuando no cuenta con espacios que le permitan socialización y comunicación</p> <p>Poca noción de autonomía e independencia.</p> <p>Variabilidad en sus estados emocionales</p>	<p>Ritmo lento en el desarrollo y es variable por sus aspectos de salud.</p> <p>Capacidad motora es superior a la intelectual.</p> <p>Por sus características particulares, puede que se dejen de alcanzar algunas fases del desarrollo motor: sentarse, gatear, caminar, por inmadurez del S.N.C., tono muscular bajo.</p> <p>Tendencia a la Imitación y Subordinación</p> <p>Equilibrio estático perturbado</p> <p>Coordinación dinámica alterada.</p> <p>Reducción de la Fuerza: es necesaria, por ejemplo para caminar.</p> <p>Desarrollo sensorio-motor muy débil.</p> <p>sincinesias e imposibilidad de relajación voluntaria, precisión y rapidez disminuidas,</p> <p>Orientación y estructuración espacio temporal alterado. No hay sensibilidad profunda.</p> <p>Disminución de la eficacia motora y condición física según aumenta la edad o según los estímulos recibidos.</p>

ANEXO 2.

FORMATO INICIAL DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA: _____ DISCAPACIDAD: _____

HABILIDADES MOTRICES BÁSICAS:

1.1. LOCOMOTORAS

PRUEBA	PRESENTE	AUSENTE	DESCRIPCIÓN
Andar			
Saltar			
Rodar			
Esquivar			
Subir			
Correr			
Trepar			
Bajar			

1.2. MANIPULATIVAS

Prueba	PRESENTE	AUSENTE	DESCRIPCIÓN
Recibir			
Lanzar			
Golpear			
Batear			
Atrapar			
Rodar			
Chutar			
Empujar			
Halar			
Sostener			

ESTABILIZADORAS O AXIALES

Prueba	PRESENTE	AUSENTE	DESCRIPCIÓN
Balancearse			
Estirarse			
Girar			
Colgarse			
Inclinarse			
Doblarse			
Retorcerse			
Equilibrarse			

ANEXO 3.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE HABILIDADES

Nombre del joven: _____

Fecha: _____ Evaluador: _____

Metas Y Puntos De Referencia/Objetivos: En La Educación Física Adaptada. Objetivos a corto plazo.

ACTIVIDADES SUGERIDAS	Nivel presente	Coordinación de Ojos,
	Manos/Ojos, Pies	
	Lanzando	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	
	Atrapando	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	
	Pateando	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	
	Golpeando/Bateando	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	
	Rebotando/Driblando	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	
	Nivel Presente	Habilidades de
	Recreación/Tiempo Libre/Juego	
	Por _____	
	Por _____	
	Por _____	

- Códigos de progreso
- 1 = Se logró la meta.
- 2 = Se ha hecho progreso hacia la meta. Parece ser que la meta se logrará para la fecha acordada.
- 3 = Se ha hecho progreso hacia la meta, pero parece ser que la meta no se logrará para la fecha acordada
- 4 = El progreso no es suficiente para logros la meta para la fecha acordada Las estrategias instruccionales serán cambiadas.
- 5 = Su hijo no trabajó en ésta meta durante éste periodo en que se reporta (provea una explicación).

ANEXO 3
EJEMPLO DE UN PLAN DE TRABAJO CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

EJES TEMÁTICOS	CONTENIDOS
habilidades motoras	Caminar, correr, saltar, lanzar, recibir, chutar, subir, bajar, etc.
cualidades físicas	Resistencia, flexibilidad, fuerza, velocidad, equilibrio.
expresión corporal	Coordinación, imagen corporal, estructura corporal,
expresión artística	Creatividad, motricidad fina.
habilidades sociales	Independencia, manejo de materiales, autonomía, autoestima, cumplimiento de normas, socialización, expresión adecuada de emociones.
proyección	Participación olimpiadas, eventos culturales y recreativos, salidas recreativas y pedagógicas.