

UNA MIRADA HACIA LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A PROBLEMA
MOTOR:
PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES

ELBA VIVIANA RUEDA ORDÓÑEZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA
BUCARAMANGA
2006

UNA MIRADA HACIA LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A PROBLEMA
MOTOR:
PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES

ELBA VIVIANA RUEDA ORDÓÑEZ

Trabajo de Grado como requisito para optar el título
de Magíster en Pedagogía

Directora:
AURA LUZ CASTRO DE PICO
Magíster en Investigación y Docencia Universitaria

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA
BUCARAMANGA
2006

A RICARDO Y A MIS HIJOS
DIEGO FERNANDO Y JOSÉ RICARDO

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis sinceros agradecimientos a todas las personas que de una u otra forma apoyaron la realización de este trabajo, en especial a mi familia.

Igualmente, deseo manifestar mi especial gratitud hacia la doctora AURA LUZ CASTRO DE PICO, directora de este estudio por su asesoría para la realización del mismo. También a los profesores de la maestría, en especial a la doctora Clara María Forero, Dr Cesar Augusto Roa y a la Dra. Yolima Beltrán Villamizar.

Por último, un eterno agradecimiento a los estudiantes, colegas y personas con discapacidad, cuidadores y familiares que compartieron sus testimonios de vida. También a la UDES y las instituciones que permitieron realizar el trabajo de campo.

CONTENIDO

| | pág. |
|---|-------------|
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| 1. APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLÉMICA | 13 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 19 |
| 1.3. OBJETIVOS | 21 |
| 1.3.1 General | 21 |
| 1.3.2 Específicos | 21 |
| 1.4. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN | 22 |
| 2. HORIZONTE TEÓRICO | 27 |
| 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS | 27 |
| 2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS | 35 |
| 2.2.1 Historia y definiciones de la discapacidad. | 35 |
| 2.2.2 Modelos de discapacidad | 39 |
| 2.2.3 Marco legal sobre discapacidad | 41 |
| 2.2.4 Fundamentos teóricos sobre concepciones y prácticas pedagógicas | 43 |
| 3. METODOLOGÍA | 51 |
| 4. HALLAZGOS | 56 |
| 5. A MANERA DE CONCLUSION | 85 |
| 6. ABRIENDO CAMINOS | 89 |
| BIBLIOGRAFÍA | 91 |

LISTA DE CUADROS

| | pág. |
|---|------|
| Cuadro 1. Momentos en la historia de la discapacidad. | 36 |
| Cuadro 2. Evolución en la clasificación de la discapacidad. | 38 |
| Cuadro 3. Modelos para intervenir la discapacidad. | 40 |
| Cuadro 4. Participantes de la investigación. | 53 |
| Cuadro 5. Técnicas e instrumentos utilizados. | 55 |
| Cuadro 6. Categorías para el análisis. | 57 |

LISTA DE ANEXOS

| | pág. |
|--|------|
| Anexo A. Consentimiento de los informantes. | 96 |
| Anexo B. Caso hipotético. | 97 |
| Anexo C. Precategorización de la información | 99 |
| Anexo D. Categorías descriptivas. | 118 |
| Anexo E. Autorización | 134 |

RESUMEN

TÍTULO: UNA MIRADA HACIA LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A PROBLEMA MOTOR, PRÁCTICAS Y CONCEPCIONES*

AUTOR: RUEDA ORDOÑEZ, ELBA VIVIANA**

PALABRAS CLAVE: Discapacidad, práctica pedagógica, concepciones,.

DESCRIPCIÓN:

La discapacidad es una problemática social que es estudiada también por la pedagogía, que la entiende como producto de los aprendizajes que reflejan el imaginario colectivo o las concepciones personales; la gente actúa según sus representaciones mentales y desarrolla prácticas desde la aceptación hasta el rechazo. Las universidades forman profesionales, y el currículo impacta en las actitudes de los profesionales por lo que es pertinente que cualquier programa de formación en fisioterapia parta de la identificación de las concepciones sobre discapacidad de los diferentes actores que participan en él.

La pregunta central plantea ¿Cuáles son las prácticas y concepciones que sobre discapacidad asociada a problema motor tienen los profesores, estudiantes y usuarios del programa de fisioterapia de la UDES?. Identificar el ser, el sentir y querer ser hacia la discapacidad asociada a problema motor es el objetivo de este estudio. Teóricamente se fundamenta en André Giordan y Gérard De Vecchi; así mismo, en la conceptualización sobre discapacidad enfatizando en la evolución y enfoques. Metodológicamente es un estudio cualitativo con diseño etnográfico.

En los hallazgos las acciones están direccionadas por un enfoque biológico de las concepciones producto de vivencias en personas con discapacidad y su familia, y de aprendizajes académicos en docentes y estudiantes. Convergen todos en que hay rechazo de la sociedad. El sentir está entre la desesperanza y el optimismo, y el querer ser de estudiantes y docentes es intervenir integralmente y orientar sobre adecuaciones físicas; en personas con discapacidad obtener apoyo del estado y reconocerles capacidades. El estudio devela el concepto sobre discapacidad, para a partir de aquí formar fisioterapeutas que actúen en pro de la integración y participación de las personas con discapacidad, más allá de la rehabilitación clínica. Se recomienda reconceptualizar sobre discapacidad e incluir estos aspectos en la formación, para superar la concepción biologista.

* Proyecto de grado

** Facultad de Ciencias Humanas, escuela de Educación. Maestría en Pedagogía. Dra. Aura Luz Castro de Pico. Magíster en Investigación y Docencia Universitaria.

ABSTRACT

TÍTULO: A VIEW TOWARDS THE DISABILITY RALATED TO MOTOR PROBLEM.
PRACTICUM, AND CONCEPTIONS *

AUTOR: RUEDA ORDOÑEZ, ELBA VIVIANA**

KEYWORDS: Disability, pedagogical practicum, conception

DESCRIPTION:

The disability is a social problem the education field. It is a product from social learning styles, which reflects the collective memory or the personal conceptions. Such conceptions take over the people to act out in consequences with mental representation and to develop practicum either along with acceptance or rejection to disability. It's know that universities educate their personnel for the management and the formal curriculum and for hidden one, as well which remark on professional attitudes to be relevant to any physical therapy teaching program to identify the conception over disability related to motor problem.

The research question asks for which ones are the practicums of disability related to motor problem teachers, students, and physical therapy program patients from UDES have Thus, to identify the conception beyond such as practicums, the feeling, the want- to- be towards the disability related to motor problem, Theorically, based on André Giordan and Gérard De Vecchi's. Methodologically, it's a quality research with ethnographic design.

Among the results it was found coherence between what the patients do and think. The actions from the disability are directed by an organic-biologic approach of conceptions of people with disabilities and their feelings, and the academic teaching program to teachers and students being involved. They all agreed on rejection from the society. The feeling of the people is either the hopelessness and the optimism, and the want-to-be of teachers and students to act out from a whole prospective to guide about physical settings. The objective for people with disabilities and their families it is to get support from the government and to take into action their capabilities to perform any job. It is highly recommended to reconceptualize the sense given in to disability and to assume it's evolution as the element to provide for the physical therapist performance.

* Project of degree

** Faculty of Human Sciences, School of Education. Masters in Pedagogy. Aura Luz Castro de Pico. PhD. Magister in Investigation and University Teaching.

INTRODUCCIÓN

Para llegar a la intervención más adecuada y consecuente y por lo tanto a una mejor convivencia con las personas con discapacidad, traducida en las actitudes y acciones personales e institucionales, hay que develar el concepto de discapacidad, en primera instancia, para comprender las relaciones y la interacción asociada a diferentes intereses, principios éticos, espirituales, políticos y económicos entre otros, que han aportado a la construcción del concepto y que influyen en gran medida en la situación en general que se podría decir de “invisibilidad” de las personas con discapacidad.

Entre las diversas disciplinas, la pedagogía entiende la discapacidad como producto de los aprendizajes sociales que reflejan el imaginario colectivo o las concepciones que las personas han venido construyendo como producto de su experiencia. En el contexto colombiano, se requieren nuevas actitudes y aptitudes producto de la formación profesional y en general de las personas hacia esta condición. Para ello es relevante la comprensión de la diferencia como aquello que complementa, de forma tal que sea posible el aprovechamiento de las potencialidades de las personas con discapacidad asociada a problema motor.

Este estudio llevado a cabo en la Universidad de Santander (UDES) en la carrera de fisioterapia, se sustenta en la identificación de las realidades sociales de usuarios, estudiantes y docentes, para explorar cómo perciben la discapacidad, qué piensa cada uno, qué siente, hace y, qué hay detrás de todo ello. Lo anterior son aspectos que merecen ser revisados curricularmente para identificar los contenidos, los énfasis y las formas de enseñanza que en consecuencia, formen profesionales que afronten la condición de discapacidad con actitud de superación y con los conocimientos adecuados.

En el proceso de autoevaluación curricular, el programa de fisioterapia de la UDES, se ha visto la necesidad de realizar un estudio para conocer el concepto de discapacidad que subyace a la relación entre práctica y saber; comprender la realidad social y la interacción de estudiantes y docentes con la discapacidad; descubrir, la correspondencia existente entre lo que piensan y hacen los fisioterapeutas y lo que se enseña en la universidad. El presente estudio pretende caracterizar concepciones de profesores, estudiantes y usuarios del programa de fisioterapia de la UDES en torno a la discapacidad asociada a problema motor e identificar las prácticas en cuanto a su hacer y sentir para conocer el por qué de sus acciones y de sus actitudes; ello conlleva a proponer alternativas en la formación profesional ofrecidas por el programa de fisioterapia de la UDES, tendientes a la revisión y construcción del concepto de discapacidad atenuando el rechazo de lo diferente y negación de la dignidad humana.

En esta medida, el trabajo aporta elementos teóricos, acerca de la historia y concepto de la discapacidad, los modelos o enfoques que han existido para su estudio y manejo desde el sector salud, desde lo político y económico, así como, aspectos de su normatividad; de la misma forma aporta una categorización conceptual que puede ser útil para otras investigaciones.

El enfoque metodológico utilizado de corte cualitativo con diseño etnográfico, permitió generar un proceso integrador y de análisis profundo para la comprensión de la discapacidad.

El presente informe muestra una estructura que consta de cinco capítulos; el capítulo 1 inicia con una aproximación a la situación problemática que incluye objetivos de investigación, pregunta central y directrices, justificación y contextualización de la institución.

El capítulo 2 contempla el horizonte teórico, que incluye los antecedentes

investigativos en el campo de prácticas y concepciones y en particular sobre discapacidad. Se incorporan elementos conceptuales sobre la historia, definición, enfoques de discapacidad y legislación.

El capítulo 3 contiene la metodología utilizada que al ser de tipo cualitativo, permitió, comprender la realidad social, en cuanto hace referencia a la reconstrucción de una realidad desde el otro, como una construcción de sentido. Así mismo, el diseño etnográfico facilitó adentrarse en una realidad para conocerla, interpretarla y darle significado.

El capítulo 4 presenta los hallazgos como conjunto de conceptos interrelacionados obtenidos durante el proceso de investigación y en especial, actividades de campo para la recolección de testimonios en los diversos escenarios en donde desarrollan la práctica los estudiantes y profesores.

Finalmente, se presenta a modo de conclusión, el proceso integrador y reconstructivo que explica y evidencia la comprensión de las prácticas y concepciones que subyacen sobre discapacidad asociada a problema motor, así como algunas recomendaciones presentadas como “abriendo caminos”.

Se espera contribuir en la consecución de los postulados de la misión de la carrera de Fisioterapia de la UDES y de otras universidades en el ámbito nacional.

1. APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLÉMICA

“No hay mas discapacitado que la persona que teniéndolo todo no quiere hacer nada”

Moisés Fuentes García

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las realidades que se enfrentan en la cotidianidad y en las relaciones sociales es la diferencia entre las personas, lo que se constituye en un principio psicológico que amerita ser tenido en cuenta por cualquiera que desee tener éxito en su quehacer profesional y en sus relaciones sociales. Pero esta realidad muchas veces se acentúa aún más, cuando a la diferencia se le adicionan condiciones poco favorables que desencadenan estados de discapacidad en las personas y que les dificulta el disfrute de la vida.

La discapacidad es una problemática social que involucra en su estudio a diversas disciplinas del conocimiento, así como también a la salud y la pedagogía. Siempre ha existido y ha sido asumida de diferente forma por quienes la vivencian y por aquellos que están directa o indirectamente bajo su influencia.

En el curso de la historia, elementos de tipo biológico, social y cultural, que tienen implícitos diferentes ideales asociados a principios éticos, espirituales, políticos y económicos entre otros, han aportado a la construcción del concepto de discapacidad y a la comprensión y abordaje de su significado. La construcción de modelos sobre discapacidad, van desde aquellos influenciados por un enfoque médico-biológico que atribuye la discapacidad a un problema causado por una enfermedad e inherente a la persona, hasta una dimensión Biopsicosocial que pretende establecer la relación entre las enfermedades, los deterioros, las

limitaciones funcionales como problema de la persona y los efectos de la interacción del individuo con el medio ambiente y su integración a la sociedad.

Actualmente, se ha considerado como una situación del individuo y del entorno conjuntamente, (multidimensional) y como una condición de todo ser humano, en cuanto se tiene un mayor o menor grado de posibilidad de afectación del desempeño, sea, temporal o permanente, notoria o no. La Asociación Americana de Fisioterapia hace referencia a “uno o varios impacto(s) de forma aguda o crónica en el funcionamiento de algún sistema específico del cuerpo, en la capacidad básica del cuerpo y en el desempeño necesario, usual, esperado y desarrollados en la sociedad”¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta: “ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de enfermedades (versión de 1980) a una clasificación de componentes de salud (...) El funcionamiento y la discapacidad se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales”² que pueden ser personales y ambientales. Incluso pueden existir las barreras o factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Ejemplo de esto es: el ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad; también políticas que dificultan la participación de las personas con discapacidad, lo cual no corresponde a la existencia natural del propio individuo como ser.

Con base en los planteamientos anteriores, la OMS ha definido la discapacidad como la presencia de más o menos obstáculos no esenciales* que dificultan o

¹ AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. Guide to Physical Therapist Practice. 2001. p. 27.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud-CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: ministerio. 2001. p.4-9.

*Expresión resultante de la relación entre discapacidad y salud; si la salud es la condición básica para poder disfrutar la vida la discapacidad resulta ser la mayor o menor presencia de barreras que impide este disfrute.

impiden el disfrute de la vida, de tal manera, que lo que existen no son discapacitados sino personas “en situación de discapacidad”.

La Organización panamericana de la salud -OPS³ afirma que existe un 12% de población discapacitada; en el orden nacional los datos preliminares del Censo General del 2005⁴, reportan un incremento en la tasa de prevalencia para el total de la población de (6.4%), mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,2%). En cuanto al número de limitaciones por persona, el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes. Del total de personas que reportaron alguna limitación, el 29,0% poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,2% para ver a pesar de usar lentes o gafas, el 17,3% para oír aun con aparatos especiales, el 12,8% para hablar, el 11,9% para entender o aprender, 9,9% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,4% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 19,4% presentan otra limitación.

En este medio, la falta de oportunidades y la discriminación constante de la que son objeto, sumado en muchos casos a las condiciones de pobreza, agrava la situación de estas personas. Este hecho se puede contrastar con el de otros países en los que se percibe mayor respeto por las normas y aplicación de las medidas necesarias para facilitar la accesibilidad y concretamente la inclusión social, tanto del adulto mayor como de cualquiera que tenga una limitación funcional. Existen adaptaciones en los sitios públicos y vías que permiten la participación de todos, es decir, facilitan la integración de cualquiera que tenga alguna discapacidad, especialmente motora. Los establecimientos están

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resumen de discapacidad en las Américas. Octubre 27 de 2003. Disponible en: www.ops.org.ni/opsnic/tematica/rehabilita/resumenamericas.htm#cifras_discapacidad

⁴DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo General 2005. Discapacidad _ Colombia. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/población_vivienda

acondicionados para ingreso con ascensor, elevadores y sus baños cuentan con accesorios sanitarios especiales. Estas realidades permiten reconocer cómo el entorno físico y social se constituye en factores incidentes de la discapacidad, dado que son generadores de limitaciones y reductores de oportunidades o, facilitadores de la integración de las personas entre sí.

Desde el punto de vista pedagógico, la discapacidad no es producto de una limitación sino más bien de los aprendizajes sociales que reflejan el imaginario colectivo o las concepciones que las personas han venido construyendo como producto de su experiencia. Tales concepciones llevan a que la gente actúe en consecuencia con sus representaciones mentales y desarrolle prácticas que pueden ir desde la aceptación de la discapacidad, lo que facilita la convivencia y participación de estas personas, hasta el rechazo y exclusión de las mismas, manifestado en acciones como la discriminación o el paternalismo, este último reflejado en la sobreprotección.

En este mismo sentido, el Consejo Nacional de política Económica y Social CONPES⁵ ha planteado que los rasgos de la problemática de las personas con discapacidad son, por un lado, el imaginario colectivo que muestra una percepción negativa sobre discapacidad y por otro, los procesos de información y comunicación como medios para modificar el imaginario social. Desde esta perspectiva, tales aspectos involucran a la educación, que a nivel informal o formal puede desempeñar un rol decisivo para promover los valores y actitudes positivas frente a la discapacidad asociada a problema motor.

En el ámbito profesional las universidades forman personal para el manejo de este tipo de situaciones, como es el caso de la fisioterapia, la terapia Ocupacional, la educación especial, entre otras; este tipo de educación formal impacta de manera

⁵ CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN. Lineamientos para la Acreditación. 3 ed. Bogotá:CNA, 1998

profunda a los distintos profesionales por medio del currículo oficial y especialmente del currículo oculto, los que han de contemplar los presaberes que traen los estudiantes y los que manejan los profesores y la comunidad, para desde allí desarrollar su acción formadora.

La UDES, institución de Educación Superior, ofrece la carrera de fisioterapia considerando la dimensión social y comunitaria, de tal forma que el futuro fisioterapeuta genere competencias que lo habiliten para transformar el medio en el cual acciona; es por ello que en la formación profesional del fisioterapeuta, su currículo contempla los presaberes, aspecto olvidado la mayoría de las veces. El saber que elabora el estudiante y el docente es producto de los elementos que han tenido a su alcance, bien sea, en el aula, en la institución de práctica formativa o en el medio donde se desenvuelven. Esto a su vez, les permite la interacción con los otros para contribuir desde su profesión al desarrollo sociocultural de su comunidad y a la construcción de su propio saber científico y profesional.

En el ejercicio profesional, el fisioterapeuta de manera explícita o tácita envía a sus pacientes mensajes que evidencian las representaciones mentales que ha elaborado sobre discapacidad, como producto de sus propias experiencias y de su formación profesional; de otra parte, el paciente y su familia tienen sus propios esquemas, creencias y formas de pensar sobre la discapacidad, las cuales generan en ellos expectativas que pueden coincidir o no con la de los profesionales. Por ello en el ámbito de la convivencia y en el quehacer de estos profesionales hay un trabajo extenso por realizar no sólo desde lo clínico sino desde lo psicosocial y pedagógico, en la búsqueda de elementos significativos que promuevan la comprensión de la realidad personal y colectiva del ser humano, especialmente de aquel con discapacidad.

Cabría preguntarse entonces como lo plantean Martha Sarmiento y otros, “en qué medida ha participado la Fisioterapia en el proceso de construcción conceptual acerca del discapacitado y qué incidencia ha tenido este proceso en la redefinición de la identidad profesional y la reorientación de la Fisioterapia”⁶. Otros cuestionamientos de igual pertinencia son: ¿qué representaciones mentales manejan?, ¿Cuál es su imaginario colectivo?, ¿Cómo son las prácticas?, ¿Hasta qué punto pueden constituirse en actores del desarrollo de su región y del país, promoviendo un cambio en el imaginario social frente a la discapacidad asociada a problema motor?

Las preguntas anteriores en el contexto de la discapacidad asociada a deficiencia de tipo motor ya que los usuarios requieren de los servicios para potenciar o rehabilitar los sistemas neuromuscular, osteomuscular, tegumentario o cardiorrespiratorio, teniendo en cuenta que la fisioterapia estudia el movimiento corporal humano, y cuyo sujeto de atención es el individuo, la familia y la comunidad en el ambiente donde se desenvuelven; con el fin de optimizar la calidad de vida de las personas y contribuir al desarrollo social.

A partir del análisis de esta problemática se evidencia la necesidad de profundizar en la búsqueda de elementos que permitan entender el significado que sobre discapacidad manejan las personas que están en contacto directo con tal situación, sea paciente, familia o profesional que participa en su recuperación; por ello la presente investigación gira alrededor de la siguiente pregunta central: ¿Cuáles son las prácticas y concepciones que sobre discapacidad asociada a problema motor tienen los profesores, estudiantes y usuarios del programa de fisioterapia de la UDES?

⁶ SARMIENTO, Martha; CRUZ Israel y MOLINA Victoria. Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectiva. En: Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol. XXXIX (nov.1994).p. 7.

A partir de esta pregunta central se plantean algunas preguntas directrices que orientan el problema:

- ¿Cuál es el hacer y sentir de los profesores, estudiantes y usuarios del programa de Fisioterapia de la UDES ante la discapacidad asociada a problema motor?
- ¿Cómo se desarrollan las prácticas en la formación del estudiante de fisioterapia?
- ¿Qué concepciones subyacen a tales prácticas?
- ¿Cuál es el querer ser de los profesores, estudiantes y usuarios del programa de Fisioterapia de la UDES ante la discapacidad asociada a problema motor?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La educación es pieza fundamental de toda estrategia para el desarrollo de ciudadanos competentes y la construcción de una sociedad de aprendizaje, reflexión y participación pública, que genere condiciones para producir, demandar e integrar conocimientos. Para lograr los propósitos y metas en materia de discapacidad en el contexto colombiano, se requieren nuevas actitudes y aptitudes de las personas hacia esta condición, producto de la formación profesional y de su experiencia cotidiana. Para ello es relevante la comprensión de la diferencia como aquello que complementa, de forma tal que sea posible el aprovechamiento de las potencialidades de las personas con discapacidad física que les permita vivir en un mundo mejor.

Son las instituciones de Educación Superior las responsables del avance del conocimiento unido al desarrollo económico y construcción de país. En

consecuencia, deben velar por la calidad de la formación y planear y diseñar sus currículos acorde a las necesidades del contexto y tendencias para la formación de profesionales. En las carreras del área de la Salud y especialmente en fisioterapia, el diseño curricular requiere identificar las realidades sociales y realizar estudios para explorar cómo percibe la gente la discapacidad, qué piensa, siente, hace y, que hay detrás de todo ello. En el diseño curricular es importante la comprensión de estos aspectos para identificar los contenidos, los énfasis y las formas de enseñanza y evaluación de los mismos.

La Universidad de Santander UDES, como formadora de nuevos profesionales, tiene definida su misión y su responsabilidad con la sociedad y asumió el proceso de evaluación de la calidad de la Educación Superior. El documento “Requisitos para la creación y funcionamiento de los programas de pregrado en Fisioterapia” señala: “Existe una relación dialéctica entre práctica y saber, ya que toda acción refleja un concepto previo que la genera y su puesta en práctica retroalimenta esa conceptualización”⁷. De ahí que el programa de fisioterapia de la UDES en el proceso de autoevaluación curricular, ha visto la necesidad de realizar un estudio para conocer el concepto de discapacidad que subyace a la relación entre práctica y saber; comprender la realidad social y la interacción de estudiantes y docentes con la discapacidad; descubrir, la correspondencia existente entre lo que piensan y hacen los fisioterapeutas y lo que se enseña en la universidad. María Cristina Torrado reafirma lo expuesto cuando expresa: “se debe hablar de un sujeto que pueda llegar a utilizar significativamente lo que posee (cognitivo, afectivo, social, cultural, ético), de acuerdo con sus necesidades, y que pueda llegar a hacer de manera inteligente y creativa, todo aquello que es capaz de hacer el hombre; pero

⁷ INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE FISIOTERAPIA. Requisitos para la creación y funcionamiento de los programas de pregrado en Fisioterapia. Bogotá: ICFES, 1998. p.30.

éste no es un sujeto que nace, sino uno que se crea a la vez que existen los otros mientras se construye la realidad”⁸.

Otro aspecto de gran importancia es que la carrera de fisioterapia se encuentra en el proceso de certificación de mínimos y máximos de calidad, por lo tanto requiere revisar los procesos pedagógicos y hacer ajustes para garantizar la existencia de un Modelo Pedagógico que facilite el desarrollo del currículo de formación.

Todos los actores comprometidos en la tarea de educar deben contribuir para que la respuesta educativa se ajuste a la diversidad y se llegue a promover en la población valores como lo es la igualdad de oportunidades. De esta manera, se es consecuente con los postulados de la misión adquirida al formar profesionales autónomos y constructores de los nuevos escenarios para la convivencia natural, que permitan la efectividad de los planes de acción en discapacidad y la transformación hacia una cultura que modifique esta situación en Bucaramanga.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 General

Caracterizar las prácticas y concepciones de profesores, estudiantes y usuarios del programa de fisioterapia de la UDES, en torno a la discapacidad asociada a problema motor.

⁸ TORRADO, María Cristina. Educar para el Desarrollo de las Competencias: Una propuesta para reflexionar. Santafé de Bogotá 1999. p.32.

1.3.2 Específicos

- Identificar las prácticas desarrolladas por docentes, estudiantes y usuarios en torno a la discapacidad asociada a problema motor.
- Identificar las concepciones que subyacen a tales prácticas.
- Determinar el sentir y querer ser de docentes, estudiantes y usuarios ante la práctica formativa que realizan en discapacidad asociada a problema motor.

1.4 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La Universidad de Santander, institución en la cual se desarrolló la investigación, inicia con una experiencia de dos años de haber ofrecido programas de formación técnica en la línea de educación no formal, autorizados por la Secretaría de Educación Departamental en Santander. Mediante la resolución 22136 del 20 de diciembre de 1985, el Ministerio de Educación Nacional reconoce la personería jurídica de la Corporación Tecnológica de Santander que la faculta como Institución Educativa para desarrollar programas presenciales y a distancia en la modalidad de formación Tecnológica en las áreas de Administración, Ingenierías, Educación y Salud, con fundamento en lo previsto en el Decreto 80 de 1980. Con esta autorización inició labores en Enero de 1986 con los programas de: Administración Hotelera y Turística, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Salud Ocupacional, Instrumentación Quirúrgica, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Mercadeo y Publicidad, Diseño Textil, Administración Financiera con énfasis en Sistemas.

Con la reforma de los estatutos y mediante la resolución 810 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional, le es otorgada la personería jurídica en calidad de Institución Universitaria. Su desarrollo en los diferentes frentes le

permite a la fecha estar facultada para ofrecer programas en el nivel de pregrado y postgrado, amparada en la razón social que es: Corporación Universitaria De Santander (UDES). En el nivel de pregrado ofrece programas en las áreas de Salud, Administración e Ingeniería, Ciencias humanas.

Posteriormente la resolución No 6216 de Diciembre del 2005 otorga el reconocimiento como “universidad”. Por último, la resolución No 1661 de Abril del 2006 “ratifica la reforma estatutaria”: Universidad de Santander.

La misión Institucional declara estar comprometida en:

Con la formación de profesionales competentes mediante el desarrollo de programas de calidad, en los campos de la ciencia, la tecnología, as humanidades, las artes y la filosofía, dispuestos hacia la investigación, con espíritu crítico, reflexivo y analítico, comprometidos con el bienestar de la sociedad mediante la generación de alternativas de solución a los problemas de la comunidad.⁹

Además define la Educación Superior como:

Un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral provocando su realización mediante el ejercicio de la libertad y autonomía en su condición de ser único, histórico y social. Este proceso educativo deliberado, ilimitado e inacabado favorecerá al educando hacer uso de su capacidad creativa para garantizar un mejoramiento de su calidad de vida y la de su entorno, con quienes se debe asumir una responsabilidad social que debe atender todas las dimensiones de la condición

⁹ Autoevaluación y Acreditación. Boletín Informativo de la Universidad de Santander. Vol. 1, No 2 (oct.2006). Bucaramanga: UDES, 2006. p. 2. ISSN1909 4330

humana: Los aspectos socio-afectivos, estéticos, espirituales, morales, cognitivos y físicos¹⁰.

Dado que la investigación se centra en el programa de Fisioterapia se exponen a continuación algunos referentes; es así como en la Misión declara:

El programa de fisioterapia de la UDES tiene como misión la formación de un profesional integral con principios humanísticos, éticos y estéticos, competente a nivel científico y tecnológico en la comprensión, manejo e investigación del movimiento corporal como elemento esencial de la salud y bienestar del hombre.

Así mismo se propone garantizar el desempeño de alta calidad en las áreas de promoción, prevención, habilitación, rehabilitación y administración de los servicios fisioterapéuticos, contribuyendo a la solución de los problemas del entorno.¹¹

En la visión el programa de Fisioterapia de la Universidad de Santander UDES:

Se proyecta hacia la acreditación y el reconocimiento nacional e internacional mediante la formación de fisioterapeutas líderes, capaces de competir con profesionales de larga trayectoria en sus áreas de desempeño, garantizando la excelente calidad y eticidad en el ejercicio de la profesión, acordes con los procesos de modernización del estado, de los requerimientos de la sociedad, teniendo en cuenta, las políticas estatales en educación, salud y seguridad social.¹²

De acuerdo al perfil profesional, el fisioterapeuta es un profesional del área de la salud que orienta sus acciones al estudio e investigación del movimiento humano,

¹⁰ CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER. Proyecto Institucional. Bucaramanga: UDES.2001. p. 3.

¹¹ CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER. Proyecto Educativo del programa. Bucaramanga: UDES. 2003.p.6.

¹² Ibid., p.6.

aplicado a programas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación dirigidos al individuo, la familia y la comunidad, con alta competencia en la generación de conocimientos científicos, técnicos y tecnológicos, fundamentado en el código universal de valores con capacidad de liderazgo, comprometido en la resolución de los problemas del país y de la región.

En el Plan de Estudios el componente profesional disciplinar estructura una práctica formativa posibilitada por la relación docencia-servicio para lo cual ha suscrito convenios con diferentes comunidades e instituciones.

La práctica formativa se define como:

Actividad y proyecto académico que tiene como fin permitir al estudiante la estrategia de aplicación del conocimiento adquirido y construido, el desenvolvimiento de un proceso dinámico, integral y flexible que analice, replantee y valore el desempeño, el desarrollo de aptitudes, actitudes y habilidades y el rendimiento del sujeto, estudiante que se encuentra en periodo de APRENDER A APRENDER, APRENDER A CONOCER, APRENDER A HACER, APRENDER A SER Y APRENDER A CONVIVIR PARA APRENDER A EMPRENDER¹³.

La práctica formativa se desarrolla en cuatro (4) niveles (cursos) los cuales comienzan en séptimo nivel con una duración semestral de 18 semanas así:

PRACTICAS I: (séptimo semestre) Acción de restauración, mantenimiento y promoción de la función física óptima, bienestar y calidad de vida (sin patología instaurada o en población con riesgo).

¹³ CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER. Reglamento de Práctica Académica. Facultad de Salud. Bucaramanga: UDES. 2003.p.5.

PRACTICAS II:(octavo semestre) Acción de restauración, mantenimiento y promoción de la función física optima, bienestar y calidad de vida. (con patología para diagnóstico y tratamiento precoz)

PRACTICAS III: (noveno semestre) Su intervención está orientada a la realización de valoración, complementación terapéutica, prevención secundaria y terciaria. (patología de mayor complejidad y secuelas).

PRACTICAS IV: (décimo semestre) Desempeño fisioterapéutico en los sectores de Seguridad Social, Salud o Trabajo, con intervención en los diferentes sistemas Cardiorespiratorio, Osteomuscular, Tegumentario y Neuromuscular según particularidad y énfasis que opte el estudiante.

2. HORIZONTE TEÓRICO

En la revisión de la literatura pertinente a los propósitos del estudio, se indagó por las investigaciones relacionándolas con el tema, desarrolladas en el ámbito internacional, nacional y local,

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el ámbito Internacional, nacional y regional referido a concepciones y prácticas en discapacidad y prácticas pedagógicas , se consultaron los siguientes estudios:

En el marco de la discapacidad se revisó el estudio Titulado “Medical students’ attitudes toward persons whit disability: A comparative study¹⁴, realizado por la universidad de Minnesota, Estados Unidos. El objetivo era investigar las actitudes de los estudiantes de primer año de medicina hacia las personas con discapacidad y explorar si la información en discapacidad determina actitudes hacia ésta. En cuanto a la metodología se utilizó un estudio transversal, realizado en dos universidades, con una muestra de 44 estudiantes de la U de Saskatchewan en Canadá y 46 de la universidad del Sur de Dakota en los Estados Unidos; se aplicaron tres escalas para proporcionar una perspectiva más amplia de los estudiantes. Se revisaron investigaciones previas con el propósito de hacer cruce de culturas entre dos o más sociedades. Los hallazgos de esos estudios muestran que el etnocentrismo puede estar asociado con actitudes negativas hacia la discapacidad física de las personas. En las conclusiones se aprueban las hipótesis que habían propuesto: no se encontró diferencia entre los

¹⁴ TERVO, Raymond y AZUMA, Scout. En: Arch Phys Med Rehabil. Vol. 83, (November 2002), p.1537

grupos estudiados y el género, y el conocimiento profundo en discapacidad influye en las actitudes. Los estudiantes hombres tienen más actitudes negativas. Se necesitan experiencias de educación específicas para promover más actitudes positivas. Se plantea en este estudio cómo una actitud es una disposición o sentimiento hacia las personas con discapacidad. La actitud de un estudiante de medicina hacia un paciente con discapacidad es importante porque si prevalecen actitudes o ideas falsas pueden potenciar barreras para el acertado diagnóstico y tratamiento.

En diciembre de 2004, en la Facultad de Educación de la Universidad Extremadura de Madrid, Víctor López publicó su tesis doctoral, cuyo objetivo fue comprobar cómo ven los alumnos de la Universidad al colectivo con discapacidad. Dicho estudio plantea que “las actitudes son un agente clave en el proceso de comunicación interpersonal y, tratándose de personas con discapacidad, son un elemento fundamental a la hora de abordar cualquier actuación profesional dirigida a la integración y normalización de estas personas”¹⁵. Menciona que las actitudes son un amplio campo de investigación y de aplicación y las organiza en varios enfoques, a saber: importancia y repercusiones de las actitudes en la rehabilitación; formación y cambio de actitudes; papel de los distintos agentes sociales en la génesis y mantenimiento de las actitudes y en su cambio, con especial referencia a los medios de comunicación. Hace referencia a las numerosas técnicas para la evaluación de actitudes y de programas para la formación y cambio de las mismas. Presenta un apartado con relación a la terminología como factor que favorece la persistencia de actitudes negativas, por la diversidad de categorías diagnósticas y de calificativos empleados para hacer referencia a las situaciones y personas con discapacidad. En cuanto a la metodología la tesis está elaborada a partir de una muestra de 1001 alumnos universitarios pertenecientes a 31 titulaciones de todos los campos científicos

¹⁵LÓPEZ, Víctor.. Cómo ven los universitarios a las personas con discapacidad. Madrid. 2004. Tesis (doctorado en educación). Universidad de Extremadura. Facultad de Educación. Disponible en www.unex.es/servicios/comunicación/archivo/2005/022005/02022005/art.1

impartidas en la universidad de Extremadura. Se diseñó el instrumento: escala de valoración de términos para hacer un análisis de las consecuencias de la terminología en las actitudes ante las personas con discapacidad. Entre los hallazgos se destacan: una visión “positiva” de los alumnos en lo que concierne a su actitud hacia las personas con discapacidad; en cuanto al género se manifiestan actitudes más positivas entre las mujeres que entre los hombres; igualmente la titulación cursada se revela como un elemento diferenciador, encuentran que quienes afirman no haber tenido contacto con personas con discapacidad manifiestan actitudes menos positivas que quienes la han tenido.

De otra parte, en cuanto a las concepciones y prácticas pedagógicas en el ámbito internacional se revisó la Investigación titulada Teoría del conocimiento, teoría de la enseñanza y desarrollo profesional, estudio sobre las concepciones epistemológicas de los profesores realizado por Rafael Porlán Ariza¹⁶; en ella el autor describe que la perspectiva teórica centrada en el pensamiento de los profesores es una de las aproximaciones actuales más fructífera para el estudio de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Destaca que tales aproximaciones identifican que las ciencias, constructos y teorías implícitas de los profesores son algunas de las variables más significativas de sus procesos de pensamiento. Considera que, en general, las creencias de los profesores, y especialmente aquellas relacionadas con el contenido de la materia y con la naturaleza del conocimiento, juegan un papel importante en la planificación, evaluación y toma de decisiones en el aula. Entre las conclusiones, cabe resaltar lo siguiente: “para cambiar significativamente el currículo en acción de las escuelas, es decir la cultura escolar, es imprescindible tomar en consideración las epistemologías de los profesores y los procesos formativos que favorecen su desarrollo crítico y autónomo”¹⁷. Por otra parte, expresa que “el objetivo último de investigación en

¹⁶ PORLAN, Rafael. Teoría del conocimiento, teoría de la enseñanza y desarrollo profesional; las concepciones epistemológicas de los profesores. 1989. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. Facultad de educación.

¹⁷ *Ibid.*, p.393.

Educación es el de incidir en la transformación cualitativa de los procesos de enseñanza-aprendizaje”¹⁸

En el ámbito nacional, el programa de fisioterapia de la Facultad de Rehabilitación y desarrollo humano de la Universidad del Rosario ha adelantado estudios de caso; uno de éstos se denomina Influencia de las creencias culturales de la familia en el desarrollo del sujeto con alguna discapacidad, de autoría de Maritza Tejada Castaño¹⁹; el objetivo general fue identificar cómo las creencias culturales de la familia favorecen o limitan la integración social del sujeto con discapacidad a fin de determinar su influencia sobre su desarrollo humano. Entre los objetivos específicos está el de establecer cómo se altera el rol social del individuo con discapacidad mediante la identificación de las concepciones erróneas que surgen en la familia como producto de sus creencias culturales con el fin de determinar su influencia sobre los procesos de integración. Metodológicamente es un estudio de tipo descriptivo en el que se estudian elementos del comportamiento humano, por lo que tiene un carácter social por permitir conocer actitudes de un grupo poblacional. Las categorías para el análisis fueron: discapacidad, creencias, reacciones frente a la discapacidad, familia, redes de apoyo y desarrollo humano. Se realizó con cuatro (4) sujetos con discapacidad y funciones mentales superiores conservadas, usuarios del hospital Militar en Bogotá. Una de las conclusiones señala que la discapacidad es interpretada como una imposibilidad para llevar a cabo algunas actividades debido a la condición física del sujeto, la cual está determinada por las creencias culturales que generan reacciones negativas a causa de la concepción errada que la sociedad tiene frente a la discapacidad.

¹⁸ *Ibíd.*, p.407.

¹⁹ TEJADA CASTAÑO Maritza. Influencia de las creencias culturales de la familia en el desarrollo del sujeto con alguna discapacidad. Bogotá, 2001 Trabajo de grado (fisioterapia).Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.

Un segundo estudio se denomina Caracterización de los significados que subyacen en ciertos actores del ámbito laboral en relación con la integración de personas con alguna discapacidad física en Colombia, de Maritza Burbano Mármol²⁰, cuyo objetivo general fué hacer una aproximación de la integración como valor social enfocado hacia el movimiento corporal humano, con relación a los significados que tienen los empresarios, y las personas con alguna discapacidad física para la inserción e integración de las personas con alguna discapacidad en el campo laboral colombiano. La investigación utilizó un estudio de tipo descriptivo. En las conclusiones se evidencia que continúa una tendencia mayoritaria a relacionar la persona con discapacidad con la idea de inferioridad o como sujeto incompleto anulando su subjetividad e intersubjetividad. En las recomendaciones menciona que la profesión de fisioterapia debe hacer una reformulación de la discapacidad a través de los significados tomados que son determinantes de la acción social y proponer posibles alternativas de cambio frente al fracaso del proceso de integración de la persona con alguna discapacidad.

El tercer estudio, Representaciones sociales a partir de un evento discapacitante de autoría de Arias Valencia Maria Fernanda²¹, tuvo como objetivo general realizar acercamientos teóricos acerca de los conceptos de cuerpo, movimiento corporal, representaciones sociales y discapacidad; sus objetivos específicos apuntaron a identificar nociones de cuerpo y cómo cambia la representación social del cuerpo y del movimiento a partir de un evento discapacitante en personas con lesión medular entre 18 y 28 años en la ciudad de Bogotá. En cuanto a la metodología, es un estudio cualitativo que utiliza la técnica de historia

²⁰ BURBANO MÁRMOL, Maritza. Caracterización de los significados que subyacen en ciertos actores del ámbito laboral en relación con la integración de personas con alguna discapacidad física en Colombia. Bogotá, 2000. Trabajo de grado (fisioterapia). Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.

²¹ ARIAS VALENCIA, Maria Fernanda. Representaciones sociales a partir de un evento discapacitante. Bogotá, 2002. trabajo de grado (fisioterapia). Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.

de vida. Entre las conclusiones se menciona que la fisioterapia pretende actuar bajo un modelo social pero no ha logrado conceptualizar y asumir dicho papel en la promoción de la interacción con el otro y reconocer acerca de lo que el individuo siente, experimenta y vive para fortalecer la visión humanística en el desempeño fisioterapéutico.

La Secretaría de salud Departamental del Valle y la Universidad del Valle realizaron el estudio de Prevalencia de la Discapacidad en el Valle del Cauca²² con el fin de conocer la magnitud del problema de la discapacidad y tomar decisiones adecuadas para la planificación de proyectos y programas dirigidos a la comunidad que permitan que las personas con discapacidad tengan una vida más independiente, una participación más activa en la sociedad y reduzcan su dependencia de los sistemas de salud y asistencia social, como algunos de sus beneficios. El estudio tuvo en cuenta la nueva clasificación del funcionamiento y la discapacidad y a su vez, se contemplaron dos tipos de discapacidad: discapacidad simple, cuando la persona reconoce que los resultados en la realización, consecución y finalización de las actividades de los ámbitos hogar, educación, trabajo y recreación son satisfactorios ya que sus limitaciones se compensan con la ayuda personal o técnica y, discapacidad compleja, cuando la persona reconoce que los resultados en la realización, consecución y finalización en los ámbitos anteriormente enumerados no son satisfactorios ya que sus limitaciones se compensan con la ayuda personal o técnica. Una de sus recomendaciones señala que “para asegurar la inclusión sistemática de la discapacidad en los niveles de políticas y programas, los líderes políticos, diseñadores de políticas, los encargados de las toma de decisiones en los gobiernos así como la ONG con y para las personas con discapacidad, deben familiarizarse con los temas de

²² SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE Y ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE. Estudio de Prevalencia de la Discapacidad en el Valle del Cauca. Agosto de 2001.p.21

discapacidad y derechos y comprender la importancia inmediata de éstos para los programas sociales, políticos y económicos”²³

Otro estudio es el realizado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la dirección General de Salud Ocupacional y Riesgos profesionales titulado “Discapacidad Física, Psicológica y laboral causada por el conflicto armado”²⁴. Es un estudio de tipo descriptivo, cuyas conclusiones son:

Socialmente estas personas son marginadas y segregadas, y sus familias también resultan afectadas. La atención gubernamental a las personas con discapacidad de guerra requiere de un enfoque multidisciplinario, que integre la atención primaria en salud tanto física como mental con la educación, la capacitación técnica, la vinculación laboral y la integración social. El punto de referencia de toda acción de intervención es que la persona con discapacidad causada por la guerra, no debe ser vista con lástima sino como una persona con derechos sociales, políticos y económicos. Es ante todo una persona y le asisten derechos y deberes como ciudadano²⁵.

En los departamentos de “Tolima, Nariño, Santander, Caquetá y Bogotá Distrito Capital, se adelanta un estudio de tipo descriptivo, que busca en primera instancia, un empoderamiento institucional de los nuevos enfoques y paradigmas para el abordaje de la situación de discapacidad”²⁶ y pretende conocer y recoger los documentos escritos en los talleres a realizar. Fueron seleccionados por la Consejería Presidencial de programas especiales-CPPE como entes territoriales

²³ Ibid., p.81.

²⁴ MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. SISTEMA GENERAL DE SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS PROFESIONALES. Estudio Discapacidad física, Psicológica y laboral causada por el conflicto armado. Bogotá:MinTrabajo y Protección Social 2001p.12.

²⁵ Ibid., p.49.

²⁶ COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Consejería Presidencial de Programas Especiales. Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006. Bogotá.

piloto para el inicio o acompañamiento del proceso de Construcción de Política Pública en discapacidad. En el primer taller realizado en Bucaramanga en el 2003 los participantes concluyeron que faltan oportunidades laborales para las personas con discapacidad; además que la capacitación y promoción laboral es básica en el proceso de rehabilitación integral para el joven y el adulto con discapacidad para mejorar el nivel de vida y la de sus familias. Afirman que las barreras arquitectónicas dificultan el acceso en silla de ruedas a los centros educativos y culturales.

La investigación titulada: “Los Imaginarios de los jóvenes ante la clase de Educación Física. La educación física, una oportunidad de encontrarnos con nosotros mismos y con el otro”²⁷, es un estudio etnográfico que forma parte de la investigación nacional sobre los imaginarios que los jóvenes construyen ante la educación física. El objetivo era comprender dichos imaginarios a partir de tres ejes: ser, sentir y querer ser. Los participantes fueron estudiantes de 10 y 11 grado de instituciones privadas y públicas. Algunos de sus resultados evidencian que el área de educación física se encuentra en un estado deficiente para los estratos 1 y 2 en la que hay un profesor para todos los grupos y además se constituye en la única opción de desarrollo de la motricidad en la escuela. En los estratos 3 y 4 hay un híbrido entre educación física y deporte y para los estratos 5 y 6 hay un trabajo innovador y con mayor organización. Por otra parte los estudiantes desean un profesor joven, preparado y una clase con menos ejercicios.

En la Universidad Industrial de Santander las profesoras Yolima Beltrán y Aura Luz Castro de Pico realizaron un estudio titulado “Concepciones y prácticas pedagógicas existentes en la Universidad Industrial de Santander desde la

²⁷ FORERO, BULLA, Clara María, et al. Los Imaginarios de los jóvenes ante la clase de Educación Física. Bucaramanga:Universidad Cooperativa de Colombia. 2005.

perspectiva de la comunidad estudiantil”²⁸; en las conclusiones afirman que se continúa con el paradigma centrado en la enseñanza con un impacto considerable en la evaluación que parece no apuntar a la construcción válida del conocimiento por parte del aprendiz.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A continuación se hará un análisis sobre la discapacidad, su marco histórico y legal y un análisis sobre las concepciones y prácticas pedagógicas.

2.2.1 Historia y definiciones de la discapacidad. Hacer una revisión de la historia de la discapacidad permite contextualizar las diferentes concepciones y tendencias asociadas a las experiencias, las ideas y posiciones que se han tomado frente a la temática de la discapacidad. Del mismo modo, permite identificar los diferentes términos que se originaron para designarla, los que en la actualidad son poco adecuados, imprecisos o muy amplios.

Desde hace varios años las guerras y otras situaciones han producido el incremento de personas con discapacidad asociada a problema motor en sociedades que no estaban preparadas tecnológica ni socialmente para su adecuado manejo y por tanto, para asumir el cumplimiento de los derechos de éstos como los del ser humano. En este orden de ideas, la estigmatización negativa, la imputación de inferioridad, el imaginario de la sociedad y de la persona con discapacidad desde una perspectiva negativa, deben ser superados por la persona, la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado.

²⁸ BELTRAN, Yolima y CASTRO, de Pico, Aura Luz. Concepciones y Prácticas Pedagógicas existentes en la Universidad Industrial de Santander desde la perspectiva de la comunidad estudiantil. Bucaramanga:UIS. 2004.

Al reconstruir la historia de la discapacidad, Álvarez, Carmenza²⁹ presenta tres momentos que se ilustran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Momentos en la historia de la discapacidad.

| Momentos | concepto | Actitud social |
|-----------------|--|-----------------------|
| Primero | Fenómeno desconocido y amenazador | Rechazo |
| Segundo | Las personas con deficiencia pasan a recibir protección en establecimientos de beneficencia y servicios médicos. | Protección |
| Tercero | Es responsabilidad del Estado y de la sociedad en general. | Participación |

Fuente: Resumen de la autora

El primer momento, influenciado por las condiciones en las que vivió el hombre desde la prehistoria, dió importancia a la fortaleza y fuerza física, por lo que no había sitio para las personas con discapacidad o deformes. Culturalmente se asociaba a la presencia de un castigo divino, a la marcación emitida por un espíritu maligno o bien, en representación de los pecados de la familia. Esta concepción se complementa con lo afirmado por Bernal, Ayda:

El código de la india, regula con toda exactitud los casos en que el infanticidio es admitido y los casos en que resulta obligatorio, incluyen la ceguera, las enfermedades graves, el nacimiento fuera del matrimonio e incluso la pobreza de los padres. En Roma, si bien queda prohibido el sacrificio de los hijos, se

²⁹ ÁLVAREZ CAÑÓN, Carmenza. Discapacidad. Enfoques, tendencias y percepciones. En: Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol XLIX, (2004). p.59. c2.

hace una excepción para los que presentan padecimientos físicos, ya que no servirán para la defensa del imperio³⁰.

El segundo momento, está orientado por el cristianismo, que hizo que se sintiese compasión hacia estas personas y se diera más importancia a los aspectos cognitivos, que a la fuerza física. También son determinantes los avances de la medicina, el aporte de la filosofía humanista y la evolución de la sociedad. “La reacción ante el discapacitado, fue virando progresivamente de la eliminación a la física reclusión o segregación”³¹. Al respecto, Ordenes, Roberto en el prólogo de su autobiografía plantea:

No es esta historia una crítica a la sociedad. Aún cuando pareciera que aquí y en cualquier lugar del mundo la especie humana pretendiese seguir rigiéndose por la ley de la selección natural. Sentirse bien, ser feliz, no siempre es hacer lo que queremos, sino querer lo que podemos hacer. Y mucho puede hacer el hombre por sí mismo y por su hermano, cuando tiene la gracia divina de razonar y elegir entre ser él mismo viviendo su propia vida, o ser un parásito de eterna agonía³².

En el tercer momento, además de recibir servicios médicos asistenciales, se considera necesario recibir otro tipo de servicios “que les permita llevar una vida acorde con sus aspiraciones y la dignidad del hombre. Se arraigó el concepto de igualdad y se empieza a creer en la posibilidad de que puedan llevar una vida normal”³³.

³⁰ BERNAL VERA, Ayda Carolina. Paradigma social de la discapacidad. En: revista ASCOFI, Vol.48. (2003), p.31.c2.

³¹ *Ibid.*, p. 31.c2.

³² ORDENES, Roberto. Discapacidad y Respuesta Social. 2 ed. Buenos Aires:Humanitas, 1991.p 7.

³³ ALVAREZ, Op., cit., p.59.c.2.

Como se puede observar el concepto de discapacidad ha evolucionado desde tener en cuenta sólo la enfermedad hasta incluir la salud y estados relacionados con ésta; es decir, ahora se contempla el entorno físico y social como factor fundamental de la discapacidad, aspecto que anteriormente no se tenía en cuenta. Es por ello que la última versión de la OMS denominada “Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad y de la Salud –CIF”³⁴ tiene como objetivo principal unificar el lenguaje y proporcionar un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella y con el bienestar; en esta clasificación se destaca el papel de la educación y el trabajo entre otros, que evidencia el cambio que los mismos organismos internacionales de la salud han tenido en cuanto a la concepción de discapacidad, evolución que se observa en el cuadro 2.

Cuadro 2. Evolución en la clasificación de la discapacidad según lineamientos de la Organización Mundial de la salud³⁵

| <i>Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (1980) CIDDM:</i> | <i>Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad y de la Salud (2001) CIF.</i> |
|--|--|
| Deficiencia | Funciones y estructuras corporales NIVEL CORPORAL. (En circunstancias negativas se puede hablar de deficiencias). |
| Discapacidad | Actividades NIVEL INDIVIDUAL. (En circunstancias negativas se puede hablar de limitaciones de la actividad). |
| Minusvalía | Participación NIVEL SOCIAL (En circunstancias negativas se menciona como Restricciones de la participación). |

Fuente: Resumen de la autora

³⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. Op. cit., p. 3.

³⁵ Ibid., p.4-9.

Acorde con el enfoque propuesto por la OMS, en Colombia el Ministerio de la Protección Social³⁶ adopta los conceptos de la CIF y está elaborando un proyecto para reemplazar el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, que utiliza las definiciones de invalidez, deficiencia, discapacidad y minusvalía, según la concepción de la antigua CIDDM.

Adicional a lo expuesto en la actualidad existen dos términos utilizados para referirse a la discapacidad a saber: *condición de discapacidad* y *persona en situación de discapacidad*.

La Condición de discapacidad hace referencia a las “situaciones que en alguna medida menoscaban las capacidades y potencialidades de los individuos que las padecen, y de las familias donde alguno de sus miembros sufre discapacidad, siendo mayor su efecto cuanto más vulnerables sean respecto a su capacidad para prevenirlas, mitigarlas o superarlas, lo cual adquiere mayor dimensión si se enfrentan con barreras sociales y culturales que impiden su adecuada integración y funcionalidad en la sociedad”. Persona en situación de discapacidad, “se reconoce como un individuo potencialmente autosuficiente y productivo por lo tanto los programas deben estar orientados a brindar los servicios y apoyos requeridos para alcanzar estas metas, ofreciéndole el apoyo de la comunidad para convivir armónicamente con ella “³⁷.

Modelos de discapacidad

2.2.2 Modelos de discapacidad. En las últimas tres décadas han surgido modelos de discapacidad que buscan establecer las consecuencias de una enfermedad o una lesión tanto en la persona como en la sociedad, efectos que

³⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política de la habilitación y rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá. 2003. p.6.

³⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Folleto Plan Nacional de discapacidad 2003-2006. Bogotá. p. 2.

son definidos de forma diferente de un modelo a otro. La comprensión de éste fenómeno se ha dado desde una visión de origen médico o de carácter orgánico-biológico hasta llegar a involucrar todas las manifestaciones de la vida humana en su dimensión social, económica, política, laboral, cultural, del entretenimiento o del placer, entre otras.

Se identifican tres modelos o enfoques³⁸ para intervenir la discapacidad teniendo en cuenta el abordaje y manejo según cada país que lo aplique a saber: el modelo médico, el modelo social o de integración a la sociedad y el modelo ecológico de la discapacidad. El cuadro 3 presenta una síntesis de las características de cada una.

Cuadro 3. Modelos para intervenir la discapacidad.

| MODELO | AÑO | Rol de la persona con discapacidad |
|------------------------|------------|---|
| MÉDICO O REHABILITADOR | 1945 | Pasivo |
| SOCIAL | 1960- 1970 | Rol más activo |
| ECOLÓGICO | 1990 | Activo y participativo |

Fuente: resumen de la autora

El modelo médico, enmarca las formulaciones teóricas del sociólogo Nagi³⁹, fundamentado en el concepto de enfermedad o patología activa, deterioro, limitación funcional y discapacidad. Con base en este modelo, se considera que la patología activa es la interrupción o la interferencia de procesos normales y los esfuerzos simultáneos del organismo para restaurarlos él mismo a un estado normal movilizando las defensas y los mecanismos de barrera. Por deterioro se

³⁸ DUARTE, TORRES, Silvia Cristina. Un modelo de atención en rehabilitación basado en la bioética para personas en situación de discapacidad. En: Revista colombiana de rehabilitación. Vol. 1, No 3; (Octubre de 2004),p.22.

³⁹ NAGI, S. Citado En: AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION, AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. APTA. Guide to Physical Therapist Practice. 2001. p. 27.

entiende cualquier pérdida o anomalía en la estructura o función anatómica, fisiológica, mental o psicológica; limitación funcional hace referencia a la restricción de la habilidad de hacer una acción física, labor o actividad de una manera eficiente, normal o adecuada a nivel de todo el organismo o persona y finalmente, la discapacidad es la incapacidad o una limitación en la realización de acciones, labores, actividades de desempeño en roles sociales específicos a los que está acostumbrado el individuo o un rol en el contexto sociocultural específico y ambiente natural. En otras palabras, este modelo considera la discapacidad como resultante de una enfermedad por tanto, de tipo individual y de manejo médico-asistencial del individuo, enfoque que aún persiste pero que según parece, está en crisis.

El modelo social de la discapacidad la considera como una problemática de integración de estas personas a la sociedad, relacionada con múltiples factores contextuales que facilitan o restringen la participación en situaciones vitales, más no es una condición de la persona.

El modelo Ecológico planteado por Robert Schalok plantea que la discapacidad debe “verse desde la interacción persona-ambiente. Se sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo, como consecuencia de la interacción de la persona con el ambiente, que no le proporciona el apoyo adecuado para reducir sus limitaciones funcionales”⁴⁰.

Marco legal sobre discapacidad

2.2.3 Marco legal sobre discapacidad. En el ámbito internacional, se han promulgado diferentes textos (declaraciones, convenios, planes recomendaciones), en especial desde los organismos del Sistema de las Naciones

⁴⁰ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. Santafé de Bogotá: Alcaldía Mayor, 2002. p.37.

Unidas, que contienen planteamientos específicos en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Ellos son:

La ley 762 de Julio de 2002, por medio de la cual se aprueba la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. También el documento técnico para la calificación de la condición de discapacidad “Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud-CIF”, aprobada por la 54 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001.

Para referirse a la normatividad en el país, se parte del decreto 2358 de 1981, que crea el sistema Nacional de rehabilitación. Posteriormente, la Constitución Política de 1991 en varios artículos hace mención a la protección, atención, apoyo e integración social de la personas con discapacidad. En 1997 con la Ley 361, se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.

Como antecedentes de formulación de Planes de gobierno, en 1995 se expidió el documento CONPES 2761 Política de prevención y atención de la discapacidad; posteriormente el gobierno de Andrés Pastrana formuló el Plan Nacional de atención a las personas con discapacidad 1999-2002. Es la consejería Presidencial para la Política Social la instancia de coordinación de actividades y creadora del Manual operativo del Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad divulgado en septiembre de 2002. Actualmente se cuenta con el CONPES⁴¹ social 80 que divulga la Política Pública Nacional de Discapacidad versión aprobada en Bogotá, D.C. el 26 Julio de 2004.

También existen los lineamientos de política para Entorno Accesible de la presidencia de la republica. Éste declara que la accesibilidad es un bien público y

⁴¹ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL, Op. cit., p.1.

por lo tanto, todas las personas tienen derecho a interactuar socialmente y desarrollar sus aptitudes en los aspectos de la actividad cotidiana, a saber: la recreación, el deporte, el aprovechamiento del tiempo libre y el derecho a la cultura entre otros. Se reconoce en este documento que aún falta trabajar en muchas esferas para alcanzar la accesibilidad, pero a la vez “el gobierno nacional y la comunidad ha emprendido la tarea de construir un nuevo imaginario social de las personas con discapacidad y nuevas formas de interacción con ellas, que contribuya a generar procesos de prevención de la discapacidad”⁴².

De igual modo, el Ministerio de la protección social y la dirección de promoción social elaboraron el “estudio para el establecimiento de estándares de acreditación de prestadores de servicios de salud de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad física, mental, cognitiva o sensorial en el territorio nacional” en Bogotá, Marzo de 2004.

2.2.4 Fundamentos teóricos sobre concepciones y prácticas pedagógicas.

Como este estudio aborda los patrones de comportamiento y las concepciones de docentes, estudiantes, personas en situación de discapacidad y de algunos de sus familiares o cuidadores, se contempla el análisis de lo que son las concepciones y las prácticas incluidas las prácticas pedagógicas

Concepciones y prácticas. Para llegar a identificar las prácticas y concepciones sobre discapacidad motivo de este estudio, se parte de la revisión del concepto de concepción que ha sido definida como:

un proceso personal, por el cual un individuo estructura su saber a medida que integra los conocimientos; este saber se elabora, en la gran mayoría de los casos, durante un periodo bastante amplio de la vida, a partir de su arqueología, es decir, de la acción cultural parental, de la

⁴² Ibid., p.13.

práctica social del niño en la escuela, de la influencia de los diversos medios de comunicación y, más tarde de la actividad profesional y social del adulto⁴³.

Es decir, las concepciones tienen origen personal y social, esto es, se construyen desde una perspectiva subjetiva e intersubjetiva.

Giordan y De Vecchi afirman que “una concepción puede evolucionar al tiempo que se construye conocimiento (...) La concepción, tal y como la reconocemos, no es, pues, el producto sino más bien el proceso de una actividad de construcción mental de lo real”⁴⁴. Las concepciones existentes pueden ser modificadas, las que a su vez originan nuevas concepciones. Para estos autores lo importante de la concepción no es lo que se expresa directamente, sino lo que se puede inferir sobre el funcionamiento mental de quien la enuncia y de esta manera facilitar su explicitación. Consideran que para el maestro es interesante conocer las concepciones para identificar errores, dificultades en los alumnos y a su vez le indican el camino a seguir, especialmente en la construcción de conocimiento científico.

Para los mismos autores entre las características de las concepciones están:

- Durante el proceso de la concepción se establece una red semántica conformada por las relaciones entre los elementos que son objeto de la representación
- Pueden evolucionar a través de las etapas de desarrollo mental, hacia una conceptualización más avanzada

⁴³ GIORDAN, André y DE VECCHI Gérard. Los Orígenes del Saber. De las concepciones personales a los conceptos científicos. 5ed. España: Díada. 1995. p.109.

⁴⁴ Ibid., p.108-110.

- Tienen un origen individual y social, esto es, se forman mediante la estructuración de saberes durante toda la vida del individuo.
- Pueden ser cotidianas o científicas; las primeras son resultado de las expectativas diarias o de la influencia de conceptos tradicionales, y las segundas, son resultado del conocimiento científico, las cuales se confrontan y validan en el contexto de la comunidad científica

La representación es el término más empleado para traducir la idea de concepción pero éste tiene diferentes connotaciones según las escuelas que lo utilicen; autores como Bakhtin citado por Torres y Munevar, se refieren a concepciones con el término representaciones sociales y la definen como:

Una categoría de pensamiento que expresa realidades, las explica, justifica, o cuestiona. Dado su carácter plural, las representaciones sugieren un conjunto de imágenes construidas sobre realidades; operan simultáneamente en los planos simbólico y cognitivo-incluso valorativo-; se manifiestan a través del cambio social ya que pueden actuar como elemento de transformación, crisis o resistencia; revelan sus privilegios mediante palabras, sentimientos y conductas; se institucionalizan paulatinamente en la interacción social aunque no sólo se limiten a transmitir ciertos aspectos de la experiencia existencial, frecuentemente contradictoria; y abarcan grados diversos de la relación con la vida cotidiana⁴⁵.

Las representaciones pueden estar sujetas a una representación colectiva de quienes la reproducen en una determinada cultura, más que a una construcción personal. Además, el currículo oculto, el discurso y las actividades en el aula en el proceso de interacción, producen relaciones en las que los profesores consciente o inconscientemente introducen y originan concepciones desde su formación ideológica, saber y experiencia cotidiana.

⁴⁵ TORRES, M y MUNEVAR D, Op. cit., p.14.

Otros calificativos hacia las representaciones van desde “representaciones previas remanentes” a “requisitos previos” como “paradigmas personales de los alumnos”. Pero, Giordan y De Vecchi⁴⁶, prefieren el término de concepción o constructo al de representación porque éste corresponde al aprendizaje de las personas para responder a situaciones problema, mientras que el término constructo da valor a la idea y se constituye en motor de la construcción del saber.

Para los mismos autores *una concepción se corresponde con una estructura subyacente*, o sea, las concepciones son un proceso o producción que se desprende de una actividad elaboradora, aún cuando, no deben ser entendidas como productos solamente, sino mecanismos mentales para la emergencia de otra representación. “Es un modelo explicativo, organizado, sencillo, lógico, utilizado a menudo por analogía”⁴⁷. Los niños poseen cierto número de modelos de este tipo con los que intentan interpretar su medio, y se actualizan por la situación vivida o por las preguntas planteadas. Finalmente, *las concepciones tienen una génesis al tiempo individual y social*, lo que significa que las personas a lo largo de toda su vida, así no tengan formación profesional, van formando representaciones gracias a las informaciones recibidas a través de su experiencia.

Otros autores para referirse a concepciones hablan de imaginarios. Al respecto, Bernal Ayda manifiesta que:

Un imaginario social es un dispositivo colectivo, producto de la interrelación entre los discursos y las prácticas sociales de una época histórica y cultura determinada, que actúa como referencia de los comportamientos sociales e individuales(...)El imaginario se instala en todos los ámbitos de la vida en todas las instituciones sociales, tiñe las aspiraciones y expectativas de una

⁴⁶ GIORDAN y DE VECHHI, Op. cit., p.103.

⁴⁷ Ibid., p.106.

comunidad. Su carácter móvil permite la convivencia de valores y prácticas que proviene residualmente de otros imaginarios⁴⁸.

En cuanto a la representación social de la discapacidad, la misma autora expresa que se encuentra una estrecha relación de ésta con el concepto de cuerpo, para lo cual el cuerpo es el que nos une y define como individuos diferentes y diversos. Es así como, la imagen que se tiene de éste se confronta con la representación de cuerpo perfecto y se elaboran los discursos de anormalidad.

Las concepciones están implícitas en el discurso y éste a su vez está inmerso en **la práctica**. Al respecto Olga Lucía Zuluaga expresa: “la pregunta por las formas de existencia del saber en una sociedad implica la pregunta por las condiciones de existencia del discurso en las instituciones y en otras prácticas que de una u otra manera delimitan su producción y su uso⁴⁹. Para la autora, no es posible concebir el discurso por una parte, y las prácticas por otra.

La sociedad tiene un saber y éste reúne ideas de todo tipo: cotidianas, científicas, filosóficas, institucionales y de conocimientos entre otras, pero diferentes de las científicas que se divulgan en los libros. Es entonces el saber, el campo donde confluyen niveles discursivos diferentes, desde los menos elaborados hasta los sistematizados sin que sean teoría; este nivel puede ser alcanzado gracias a la práctica de un saber, ya que éste lo posibilita.

De igual manera, no existe un sólo discurso que identifique a un determinado saber, dado que éste está disperso en diferentes registros los cuales pueden ser normativos, institucionales o de otro tipo y se hacen visibles en las prácticas. De ahí la relación tan estrecha entre concepción y práctica.

⁴⁸ BERNAL, A. Op. cit., p.30 -31.

⁴⁹ ZULUAGA, Olga Lucía. Pedagogía e Historia. Medellín: Anthropos. 1999. p. 83.

Las prácticas de saber se refieren a “toda modalidad reglada de saber. Las prácticas de instituciones tienen por finalidad la circulación, la difusión, la producción, la adecuación, la distribución y el control de saberes. Es diferente de la práctica científica; en las prácticas de saber, el sujeto que se produce es un sujeto de saber que puede tomar posición frente a los enunciados que usa en su discurso. Práctica de saber indica *en todo caso* una relación material con el conocimiento. (discurso)”⁵⁰. El profesor, en el proceso de enseñanza desarrolla una práctica de saber que la diferencia de otras prácticas; es una práctica pedagógica que va más allá de asumir las disposiciones sobre la educación; es una práctica que no se puede separar del saber o del discurso.

El concepto de **práctica pedagógica** lleva a reflexionar sobre la pedagogía y analizar la práctica del saber pedagógico del profesor. Al respecto, en Colombia, Olga Lucía Zuluaga se ha dedicado a estudiarla y la considera como el ejercicio del saber pedagógico; la propone como una noción amplia que designa los modelos pedagógicos tanto teóricos como prácticos utilizados en los diversos niveles de enseñanza, que hace referencia a todos los conceptos retomados y aplicados por la pedagogía, las formas de funcionamiento de los discursos, y las prácticas de enseñanza en diferentes espacios sociales.

En las prácticas pedagógicas subyacen concepciones de los profesores, resultado de las interacciones, intenciones, acciones, contenidos, cuyas bases psicológicas, pedagógicas, epistemológicas y sociológicas están caracterizadas en las teorías de la enseñanza y el aprendizaje, que autores como Pérez Gómez⁵¹ la agrupan en:

Idealistas o innatistas, que niegan el valor de la experiencia en la formación del conocimiento y de los hábitos de los individuos; el grado de capacidad intelectual

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 147.

⁵¹ PEREZ GOMEZ, A.I. *La cultura escolar en la sociedad neoliberal*. Madrid: Morata, 1999.

son contenidos a priori de nuestra mente, son innatos; afirman la preexistencia virtual de las ideas, categorías, actitudes y sentimientos que se desplegarán en el desarrollo concreto de cada individuo.

Mecanicistas o empiristas: Explican el desarrollo humano como el resultado de contingencias externas de reforzamiento; rechazan la existencia de categorías metales y a priori; para ellos la mente es una tabla rasa que el contexto donde se desarrolla el individuo se encarga de configurar.

Constructivistas: Aunque hay diversos matices del constructivismo, existe acuerdo en que los individuos construyen tanto sus conocimientos e ideas sobre el mundo natural o social, como sus propios instrumentos de conocimiento; es decir, tienen importancia en estos procesos, tanto las estructuras cognitivas como las particularidades del contexto.

Al referirse al acto educativo, Marco Raúl Mejía hace referencia a la relación social que se establece entre éste y los dispositivos de poder que se utilizan. Es decir, acciones en las cuales toma vida la organización de la actividad educativa y pedagógica que se hace visible de forma explícita en cinco lugares a saber:

- a) Las estructuras físicas y la organización del espacio donde se realiza la actividad;
- b) las formas de interacción mediante las cuales se hace visible el hecho comunicativo;
- c) la forma como circula y la jerarquización de conocimientos y saberes;
- d) el encarnamiento de la pedagogía, es decir cómo se vive el espacio y la experiencia y la manera como se afecta lo subjetivo;
- e) los usos del cuerpo y los lenguajes no verbales⁵².

⁵² MEJÍA, Marco Raúl. Escuela Pedagogía, Currículo y Educación Popular. p.7.

El mismo autor, afirma: "El acto educativo nunca es neutro y en la manera como se resuelve ya tiene una orientación precisa" ⁵³. Se constituye en una acción práctica que está orientada por intereses y experiencias personales e institucionales.

Para concluir, Zuluaga, O.L., plantea que la práctica pedagógica designa:

- Los modelos pedagógicos tanto teóricos como prácticos utilizados en los diferentes niveles de enseñanza.
- Una pluralidad de conceptos pertenecientes a campos heterogéneos de conocimiento retomados y aplicados por la Pedagogía.
- Las formas de funcionamiento de los discursos en las instituciones educativas donde se realizan prácticas pedagógicas.
- Las características sociales adquiridas por la práctica pedagógica en las instituciones educativas de una sociedad dada que asigna unas funciones a los sujetos de esa práctica.
- Las practicas de enseñanza en diferentes espacios sociales, mediante elementos del saber pedagógico⁵⁴.

⁵³ Ibid., p.7.

⁵⁴ ZULUAGA, Op. cit., p. 147.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación utilizó un enfoque de *tipo cualitativo*, el cual permitió observar, interpretar y comprender la realidad social en cuanto hace referencia a la reconstrucción de una realidad desde el otro. Así mismo, se utilizó el diseño etnográfico dado que la finalidad fue la de adentrarse en la dimensión cultural, es decir, en las tradiciones, los valores, las normas implícitas y explícitas del grupo en que se vive para así, encontrar el significado de la realidad, el sentido, el punto de vista, las motivaciones e intenciones de docentes, estudiantes y usuarios que en este caso conviven y forman parte del colectivo con discapacidad asociada a problema motor.

La población de referencia fue el programa de fisioterapia de la UDES, que a la fecha del estudio tenía ciento ochenta (180) estudiantes matriculados y veintiuno (21) docentes fisioterapeutas y las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores que asistían a las instituciones en las cuales se realiza la práctica formativa.

El muestreo se realizó por conveniencia con base en los siguientes criterios:

- Estudiantes matriculados en los dos últimos niveles de los cursos práctica formativa del plan de estudios y que estuvieron rotando por instituciones en convenio docencia –servicios que presentaron alta demanda de usuarios con discapacidad asociada a problema motor temporal o permanente.
- Estudiantes matriculados en los cursos de Intervención II y Evaluación II del área profesional disciplinar, espacios académicos en los cuales se

establecen experiencias de enseñanza y aprendizaje para el manejo de usuarios con patología en el área neuromuscular relacionada en la mayoría de casos con discapacidad.

- Profesores de práctica formativa de los centros seleccionados y orientadores de las asignaturas Intervención II y evaluación II.
- Usuarios con discapacidad asociada a problema motor asistentes a los centros de práctica.
- Familiares o cuidadores de los usuarios con discapacidad asociada o problema motor, asistentes a los centros de práctica.

Las Instituciones de práctica seleccionadas fueron:

- Fundación Amigos de los niños para su integración a la comunidad- FANDIC, que funciona para la población del sector norte de Bucaramanga y que adelanta un subprograma de Rehabilitación basado en la comunidad, promovido por la organización mundial de la Salud.
- Instituto de Rehabilitación Santa Teresita-IRIS, que agrupa población con o sin discapacidad como resultado de situaciones de violencia, abandono, desplazamiento, maltrato o falta de una protección adecuada.
- Instituto Departamental de Recreación y Deporte de Santander-INDERSANTANDER que dirige sus acciones a todas las ligas deportivas y población en general.
- Hospital Militar Regional que es una institución prestadora de salud para las fuerzas armadas, ubicada en la ciudad de Bucaramanga.

También conformaron la muestra, trece (13) usuarios con discapacidad, así como tres (3) familiares o cuidadores en cada institución.

La muestra total fue de setenta y seis (76) participantes, la cual se relaciona en el cuadro 4.

Cuadro 4. Participantes de la investigación.

| <i>Participantes</i> | <i>Número</i> | <i>Edad en años</i> | <i>Estado civil solteros</i> | <i>Género</i> | |
|---|---------------|---------------------|------------------------------|---------------|----------|
| | | | | <i>M</i> | <i>F</i> |
| Estudiantes de noveno semestre practica III | 12 | Entre 22 y 28 | 12 | 3 | 9 |
| Estudiantes de décimo semestre de practica IV | 11 | Entre 22 y 27 | 9 | 2 | 7 |
| Estudiantes de Intervención II de sexto semestre | 17 | Entre 19 y 24 | 17 | 3 | 14 |
| Estudiantes de Evaluación II de quinto semestre | 10 | Entre 19 y 27 | 10 | 0 | 10 |
| Docentes | 6 | Entre 27 y 40 | 1 | 0 | 1 |
| Familiares o cuidadores | 7 | Entre 26 y 53 | 2 | 0 | 2 |
| Usuarios con discapacidad asociada a problema motor | 13 | Entre 11 y 38 | 5 | 4 | 1 |

Fuente: la autora

El **proceso de recolección de información** se inició comunicando a docentes y estudiantes sobre la investigación a realizar para obtener consentimiento por parte de los participantes (anexo A).

Se diseñó un caso hipotético (anexo B) que reflejara un evento discapacitante, asociado a problema motor para ser trabajado por medio de grupo de discusión, el cual permitió indagar lo que piensan y sienten las personas al colocarse frente a la situación, antes que preguntar de forma directa por los conceptos.

Una vez transcrita la información se procedió a hacer la codificación de la misma, la que se fue complementando con la aplicación de otras técnicas como las entrevistas estructuradas y a profundidad, que permitieron adentrarnos en las creencias, actitudes, sentimientos, es decir, en las dimensiones ser, sentir y querer ser. Así mismo, se realizó observación no participante y participante en los centros de práctica con el ánimo de contrastar los testimonios con la realidad, lo que dió una mayor validez interna a la investigación. (Ver cuadro: técnicas e instrumentos).

A lo largo del estudio se fue realizando el **proceso de Análisis de la información**. Se realizó primero la pre categorización (Anexo C) y posteriormente la categorización (Anexo D); simultáneamente las categorías se interpretaron conceptualmente por medio del establecimiento de redes de relaciones entre sus partes, con el fin de determinar las categorías núcleo.

El proceso de **interpretación** fue de gran importancia dado que permitió integrar, relacionar y establecer conexiones entre las diferentes categorías, así como posibles comparaciones lo que se dió relacionando y contrastando la información obtenida por los participantes, a saber: profesores, estudiantes, personas con discapacidad, o cuidadores, mediante las técnicas descritas anteriormente, los aportes de la teoría formal y la perspectiva del investigador. La interpretación

cualitativa exigió una reflexión sistemática y crítica de todo el proceso de la investigación y una visión global e integradora de la teoría y la práctica.

Cuadro 5. Técnicas e instrumentos utilizados.

| <i>TECNICAS</i> | <i>INSTRUMENTOS</i> |
|--|---|
| Observación participante para permitir la captación de diferencias, acceder al sentido y al significado de la realidad. | Diario de campo, notas y registro continuo. |
| Entrevista semiestructurada, estructurada y a profundidad a docentes, estudiantes, personas en situación de discapacidad y su familia o cuidadores. | Protocolo de entrevista, notas de campo tanto a docentes, estudiantes como usuarios de los servicios. |
| Análisis documental especialmente del Proyecto de práctica, que incluye aspectos curriculares como el plan de trabajo de práctica, el Plan de estudios y los planes calendario de las asignaturas. | Ficha documental, lista de chequeo. |
| Historia de Vida como técnica dirigida específicamente a las personas con discapacidad para aflorar las experiencias de vida. | Guía temática, notas de campo para orientar y no dejar temas sin abordar. Fichas autobiográficas. |
| Grupo de discusión exploratorio para indagar algunos aspectos iniciales. | Formato caso hipotético y encuesta. |

Fuente: Resumen de la autora

La **validez** interna se obtuvo mediante la coherencia interna de los resultados que dan cuenta de la situación estudiada. Esta se constituyó en un proceso permanente desde la recolección, organización y el análisis de datos; se logró por medio de la triangulación de técnicas y participantes y la ponderación de la evidencia, como se mencionó anteriormente a lo largo de todo el proceso de investigación.

4. HALLAZGOS

El proceso desarrollado con los participantes en la investigación, posibilitó la interacción continua y la exploración constante del ser, sentir y querer ser hacia la discapacidad de los diferentes actores investigados, lo que permitió a su vez, establecer relaciones, comparaciones y significados para agruparlos en categorías y subcategorías, las que finalmente permitieron hacer interpretaciones y llegar a los hallazgos más significativos. El cuadro 6 muestra el proceso de categorización al cual se llegó, dando lugar a las categorías núcleo desde las cuales se realizó la interpretación final.

ENTRE LA INCAPACIDAD FUNCIONAL A LA ALTERACIÓN CORPORAL

La discapacidad: una alteración biológica del cuerpo humano

Los hallazgos convergen en su gran mayoría a encontrar una concepción que se enmarca dentro de un modelo biologista – enfoque médico- de la discapacidad que la considera resultado de una enfermedad, asociada al manejo asistencial; este enfoque asume la discapacidad como la interrupción de procesos normales y los esfuerzos del propio organismo para restaurarlos, movilizándolo las defensas y los mecanismos de barrera. Bajo este enfoque se contemplan conceptos como deterioro, limitación funcional, alteración corporal, entre otros.

La concepción biologista identificada en la mayoría de los participantes, asume la discapacidad como “incapacidad funcional” o **pérdida total o parcial de la capacidad para funcionar** del ser humano debido a su “incapacidad para realizar las cosas perfectamente”. Se refiere la discapacidad como lo plantean algunos integrantes del grupo estudiado, a “aquel proceso o momento en el cual me siento

Cuadro 6. Categorías para el análisis.

| EJE | CATEGORÍA | SUBCATEGORÍA | CATEGORÍA NÚCLEO |
|------------|--|---|---|
| Ser | La discapacidad: una alteración biológica del cuerpo humano. | <p>“Pérdida de la capacidad funcional del cuerpo que impide funcionar correctamente”</p> <p>“Limitación en el movimiento”</p> <p>“Alteración que tiene una persona en cualquier parte del cuerpo”.</p> <p>Así es la práctica.</p> | Entre la Incapacidad funcional y alteración corporal. |
| | La discapacidad genera cambios en la vida personal | <p>“cambia el estilo de vida”</p> <p>“cambia es el rol de la persona “</p> | “los planes, sueños y metas que se tenían hasta el momento cambian su rumbo” |
| | | | El rechazo a la discapacidad: “un problema cultural” |
| | Nueva relación con el entorno. | <p>Adaptación familiar y nueva visión de si mismo.</p> <p>Entre la sobreprotección y el desarrollo de la independencia.</p> <p>Adecuaciones al medio.</p> | Nueva relación con el entorno: con la familia, con los demás y consigo mismo. |
| Sentir | Entre la desesperanza y el optimismo | <p>Desesperanza, incertidumbre, aislamiento.</p> <p>Optimismo por salir adelante.</p> | Entre los sueños que se derrumban y la esperanza de salir adelante. |
| Querer ser | Rehabilitación integral | <p>El fisioterapeuta como apoyo a la persona con discapacidad.</p> <p>“Interactuar con las personas con discapacidad”</p> | “La rehabilitación integral: una forma de superar la discapacidad” |
| | “Eliminar barreras conduce a cierta independencia” | | |

Fuente: la autora

no apto para realizar una actividad” o dicho de otra manera por un estudiante, es la “dificultad” o “imposibilidad para realizar las actividades de la vida diaria normalmente” o, “cuando una persona tiene alguna dificultad en su vida y no puede ser totalmente funcional”. Para casi la totalidad de los participantes la limitación de la actividad es “no poder desarrollarla como deseamos”, así como la “pérdida de la función para realizar ciertas actividades” es limitación de la actividad y viceversa, ésta es algo que “impide realizar una acción”; es el “punto en el cual termina o es imposible continuar con dicha actividad”, lo que “impide su buen desempeño con el entorno”.

Esta visión de la discapacidad como pérdida de la correcta funcionalidad del cuerpo, coincide con una perspectiva histórica que enfatiza en el valor del cuerpo y en el modelo médico que se centra en la discapacidad fundamentada en el concepto de enfermedad, deterioro, limitación funcional, la última de las cuales es considerada como la “restricción de la habilidad de hacer una función física, labor o actividad de una manera eficiente, normal o adecuada, a nivel de todo el organismo”⁵⁵.

El considerar la discapacidad como pérdida funcional refleja una concepción que asume que el problema está en el mismo individuo, por ser éste el que tiene dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana, Así lo ven los familiares: “los que están en silla de ruedas”. El problema según estudiantes y profesores, está en la misma persona, ya que ella no es la misma de antes; se considera “menos” porque tiene una serie de imposibilidades particulares que no le permiten “relacionarse con el entorno” como lo hacen los demás que no tienen discapacidad; esta situación según Parra Dussan, C., “refleja las consecuencias

⁵⁵ NAGI, S , Op. cit., p. 27.

de las deficiencias en el rendimiento de la actividad cotidiana de las personas en la ejecución de tareas, aptitudes y conductas”⁵⁶.

Vale la pena tener en cuenta que los profesores y estudiantes investigados asumen la discapacidad desde los conceptos académicos, de forma tal que al indagar sobre lo que pensaban acerca de la discapacidad, sus respuestas se aproximaron a los conceptos de los autores que tratan sobre el tema, “es la pérdida total o parcial de la capacidad funcional del ser humano”, o “alteración del movimiento corporal humano” o “perdida de la función para realizar ciertas actividades de la vida diaria” o “ausencia de una capacidad motora”. Se refleja como lo afirman Giordan y De Vecchi, la integración de los conocimientos puntuales o enciclopédicos que evidencia un aprendizaje posiblemente memorístico influenciado por la formación académica recibida, lo que se reafirma cuando al enfrentar a los estudiantes ante los conceptos de limitación, deficiencia y discapacidad, mostraron dudas, inseguridad y en algunos casos, mutismo por no tener claridad en la diferencia.

Lo anterior lleva a suponer que las concepciones sobre discapacidad en estudiantes y profesores, están muy determinadas por el enfoque curricular asumido por la institución educadora en la que se están formando. Este hecho se ratifica con las acciones que se adelantan en las instituciones de práctica formadora en las que rotan los estudiantes, las cuales muestran la prioridad que tienen las actividades clínicas de asistencia fisioterapéutica frente a otro tipo de actividades como las que tienen un énfasis social.

Para las personas con discapacidad y cuidadores, esta condición la asumen como “no poder realizar las cosas perfectamente” o, “cuando una persona tiene alguna dificultad en su vida” y “tiene la imposibilidad de desarrollar actividades” de forma que son “personas que no suelen hacer algo”. Estas verbalizaciones están

⁵⁶ PARRA DUSSAN, Carlos. Derechos humanos y discapacidad. Bogotá: Universidad del Rosario. 2004. p. 24.

mostrando también una concepción de tipo biologista relacionada con la no funcionalidad pero desde la propia experiencia y vivencia de los sujetos, es decir, estas concepciones se van formando a través del contacto de los individuos con la situación y no desde el proceso de educación formal.

Se evidencian entonces, concepciones de discapacidad que apuntan a asumirla como restricción de la habilidad para desarrollar funciones de tipo físico, pero las unas, producto de la formación académica y las otras, producto de la espontaneidad y la cotidianidad; en ambos casos, son representaciones colectivas de quienes pertenecen a cada grupo, las que fueron elaboradas gracias a un proceso individual y social, como lo plantean Giordan y De Vecchi.

Se capta también que la discapacidad está asociada para algunos de los participantes de la investigación con la **“imposibilidad”** o **“limitación en el movimiento”** entendiendo éste último como “la capacidad para trasladarse de un sitio a otro”, según lo plantean, la mayoría de los participantes; de todas formas este concepto de movimiento forma parte del concepto de funcionalidad y lo incluye. En este sentido existe mucha similitud en lo manifestado por docentes y estudiantes.

Para los estudiantes, es la “ausencia de alguna capacidad motora o neurológica para llevar a cabo las funciones del diario vivir por quedar “cuadrapléjicas, parapléjicas, y dipléjicas o, como es el caso de Luís Fernando Montoya (extécnico del deportivo Caldas) que quedó incapacitado para caminar”.

Los profesores al describir la discapacidad hacen referencia a “las limitaciones de la persona para la realización de ciertas actividades” y se refieren a los mismos problemas a los que aluden los estudiantes; también la relacionan con el movimiento cuando se afirma que “es una alteración del movimiento corporal humano que limita una actividad funcional”.

Las personas con discapacidad y sus cuidadores, relacionan la discapacidad con “las personas que quedan en silla de ruedas” y también con “las que no pueden caminar”.

Dos aspectos son relevantes en los anteriores testimonios lo que evidencia que para ellos es un problema de movimiento: primero, todos ellos asocian la discapacidad a problemas en el movimiento y segundo, se capta la influencia de la educación formal en la manera como verbalizan los estudiantes y profesores y como lo hacen las personas con discapacidad y sus cuidadores; los primeros influenciados por su tipo de formación académica y los segundos por sus propias vivencias y experiencias.

Otra concepción que se evidenció hace relación con la **“alteración que tiene una persona en cualquier parte de su cuerpo”** o con el hecho de tener alguna “enfermedad”. Esta creencia se enuncia dentro de las formulaciones teóricas de Nagi⁵⁷ que como se planteó, sustentan la discapacidad en el concepto de enfermedad o patología activa, deterioro, limitación funcional y la misma discapacidad.

Esta noción médica está tan arraigada, que se evidencia también en los escenarios en los que se desarrolla la práctica formativa, espacios en los que los estudiantes sólo tienen contacto con la persona con discapacidad y su cuidador, sólo se da en el entorno clínico- hospitalario, sin influenciar directamente en el entorno familiar y social de las personas con discapacidad atendidas. Únicamente en una institución se permite abordar el domicilio de las personas y vivenciar una realidad e influir en ella y en su modificación. La observación realizada en los niveles de práctica formativa también evidencia mayor énfasis en el área clínica,

⁵⁷ NAGI. Op. cit., p.27

es decir, en el tratamiento fisioterapéutico para la potenciación de las capacidades motoras que le quedan a una persona que ha sufrido un evento discapacitante.

Coinciden con lo anterior, los testimonios de estudiantes y profesores que mencionan que son personas con discapacidad las que sufren un trauma raquimedular, también por “enfermedad cerebro vascular”, trauma craneoencefálico”, por “amputación de miembros inferiores”, por “Guillain Barré”, o niños con “síndrome de Down”, o un deportista “con lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla; tales verbalizaciones dejan ver el énfasis de tipo biológico y médico con el que se asocia la discapacidad.

En las personas con discapacidad y familiares o cuidadores se capta una visión negativa y pesimista cuando se refieren al individuo con discapacidad como el “inválido”, el “minusválido”, el “limitado” o el “anormal”, verbalizaciones que muestran un rol pasivo de la persona con discapacidad. Tales términos fueron acuñados con el surgimiento de la revolución industrial, pero su verbalización ha sido superada desde lo académico por considerarlo denigrante y no adecuado para referirse al ser humano. Esta situación se observa en los resultados de la investigación, dado que a diferencia de personas con discapacidad y cuidadores o familiares, los docentes y estudiantes en ningún momento los utilizan, lo que muestra que han superado estas denominaciones, aún cuando continúan llamándolos discapacitados. Precisamente en esta situación se capta la evolución de las concepciones como lo plantean Giordan y De Vecchi⁵⁸.

El ser de la práctica, **así es la práctica**, entendida desde el contexto donde se desarrolla como escenarios clínicos, centros de rehabilitación o albergues con un área para fisioterapia acondicionada con equipos de electroterapia, mecanoterapia neumoterapia y aditamentos para entrenamiento funcional como colchonetas,

⁵⁸ GIORDAN y DE VECCHI. Op. cit., p. 103.

balones, tacos, sillas de ruedas y muletas entre otros. Además interactúan con profesionales graduados en la misma y otras profesiones. Las actividades diarias se organizan para el tratamiento a usuarios, actividades académicas y administrativas. Para el tratamiento de usuarios se utilizan los equipos ya mencionados, además que el usuario viene acompañado de un familiar o cuidador; (excepto en una institución que protege a niños abandonados), éste permanece en la sala de espera, la mayoría de veces, la hora que dura la sesión, momento final en el que recibe instrucciones y orientaciones sobre los cuidados a seguir en casa, casi en todos los casos por medio de un “plan casero” elaborado por el estudiante.

La infraestructura en una de las instituciones donde se realizó la observación no permite el acceso al servicio de fisioterapia por estar ubicada en un tercer piso sin ascensor por lo que la estudiante que atiende a un usuario, que es traído en silla de ruedas desde su casa por la mamá o papá, prepara la colchoneta, almohada y toalla, todos los días para trasladar al primer piso y adecuar una oficina para el tratamiento; esto impide utilizar otros implementos terapéuticos que se requieran en el momento y no se dispone de una área que estimule el buen ánimo y la actitud o comportamiento y las capacidades motoras del usuario necesarias para su entrenamiento físico; aún cuando para los padres de dicho usuario, es la posibilidad de recibir terapia física dos veces al día de acuerdo a lo que requiere su hijo para la rehabilitación. Teniendo en cuenta, que la seguridad social que pagan solo cubre una sesión.

Las actividades académicas van desde revisión de patologías, casos clínicos, club de revistas, seminarios y talleres orientados por el docente para reforzar temáticas y técnicas de valoración y tratamiento. No se observó, ni se mencionó por parte del grupo académico temas dirigidos a la comunidad para prevención de la discapacidad o promoción de la salud en este sentido. Solo en una institución se organizan actividades semanales en las que niños y adultos con

discapacidad comparten con niños de colegio, vecinos, familiares y cuidadores en lugares de recreación, deporte y cultura, en los que juegan balón, cantan, se bañan en piscina y se alimentan juntos, entre otras. Las personas con discapacidad se ven contentas y manifiestan que les “gustaría que fuera más seguido”. También se visitan colegios y se dirigen a los jóvenes de 10 y 11 grado para sensibilizarlos hacia la discapacidad y como prevenirla, en las que se incluyen charlas de responsabilidad sexual y derechos humanos. En esta institución los padres de familia son asistentes frecuentes a talleres y actividades grupales para compartir experiencias y aprender unos con otros. Se explica sobre la importancia de las adaptaciones que requiere su familiar con discapacidad y se involucran en la realización de ésta, la cual se hace de acuerdo a las posibilidades económicas y siempre en el domicilio, previo de varias visitas par verificar las condiciones de calidad de vida.

El aula de clase es otro escenario para abordar los contenidos planteados en el plan de estudios, los cuales se desarrollan con la orientación del docente, la mayoría de veces con clase magistral o seminarios y la participación del estudiante. Se utilizan transparencias y diapositivas como ayudas audiovisuales para comprender temáticas como “los niveles de amputación” clase durante la cual los estudiantes hacen exclamaciones de asombro. Uno de ellos expresa: “la clase de hoy me impresionó mucho”. Comentario que demuestra la necesidad de tener mayor contacto con una situación que será frecuente en su desempeño profesional. También se realizan talleres prácticos de simulación para la evaluación y tratamiento donde un estudiante hace las veces de usuario y otro de terapeuta y así desarrollan habilidad y destreza durante el semestre académico. Solo en pocas ocasiones asisten usuarios con discapacidad para aplicar, en casos reales, lo aprendido.

Se observó en una clase de intervención II que la docente utilizó la película titulada “El Rey Renco” y ella manifiesta desde su visión que es para “hacer más

fácil la comprensión del concepto de discapacidad antes de revisar la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud-CIF". También plantea que "es necesario que los estudiantes vean como es el desempeño de un discapacitado". Todos los estudiantes miran con atención y en silencio; sus rostros manifiestan tristeza, asombro y algunas veces alegría por los triunfos del protagonista. Además, manifiestan que "es importante conocer situaciones en las que personas con problemas motores se pueden superar". En este mismo curso se realizó una actividad final, en las instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral de la universidad, para evaluar los aprendizajes de los estudiantes; uno de ellos trae a su prima de 6 años con diagnóstico de Lesión Cerebral Infantil para demostrar las técnicas que se aplican en el tratamiento, partiendo de la evaluación de la usuaria. Todos permanecen atentos, se ríen con algunas respuestas y actitudes de la niña que no quería que la miraran. Los estudiantes explican teóricamente pero, no inician la actividad posiblemente por temores para cogerla o manipularla. Finalmente, la docente interviene para realizar la valoración y tratamiento.

Aún cuando, los hallazgos en torno a prácticas y concepciones sobre discapacidad de estudiantes, docentes y usuarios, (cuidadores, familiares y personas con discapacidad) ha superado el primer período de la historia en el que se consideraba un fenómeno amenazador, o producto de brujerías y hechizos o posesiones diabólicas, todavía no se comprende la discapacidad como un problema social multicausal y, se asocia especialmente por parte de cuidadores y el mismo individuo con discapacidad, con la anormalidad y la deficiencia.

“LOS PLANES, SUEÑOS Y METAS QUE SE TENÍAN HASTA EL MOMENTO CAMBIAN SU RUMBO”

La discapacidad genera cambios en la vida personal

Los participantes en su totalidad coinciden en afirmar que "cambia la vida en todas sus dimensiones: personal, familiar, laboral"; antes "era una persona que realizaba

muchas actividades y ahora se encuentra limitada”, lo que hace que “se replantean las cosas en muchos campos” ya que es como “empezar de nuevo....con otras expectativas”; “la gran mayoría de sus actividades son limitadas y ahora le cambia la forma de vivir y de enfrentar la vida” pues “no se puede realizar la actividad como uno quiere” por lo que debe “adaptarse a los cambios principalmente de tipo motor” y “ aceptar su nueva condición”.

Se aprecia a través de los testimonios que la discapacidad lleva a ***cambiar el estilo de vida*** de quien la padece; Para Rodríguez B, L, “las discapacidades...exigen aceptar otras situaciones para los que no estaban seguramente preparados”⁵⁹ . El estilo de vida hace referencia a las costumbres, ritos, valores, actividades que el hombre desarrolla en su cotidianidad, tendientes a lograr las metas propuestas; es por esto que al verse implicado en un evento discapacitante, el individuo y quienes lo rodean lo asumen como una persona que ya no es “capaz de hacer lo mismo que hacía antes”.

Esta visión un tanto negativa se contrasta con otra que desde su ser docente afirma “no es que no pueda hacer las cosas sino que tiene que hacerlas de diferente forma”; lo que requiere es que, “aprenda a hacer las cosas no como las hace un niño normal sino que se adapte al medio donde se está desarrollando”. Esta misma visión es compartida por algunos estudiantes quienes consideran que “todos tenemos un grado normal de capacidad...en la discapacidad, esta capacidad es diferente a las de lo demás” pues “es la adopción de otras capacidades que los normales no tenemos”.

Asociar la discapacidad con un cambio en el estilo de vida, también se asocia con una visión positiva sobre la misma. En este sentido algunos estudiantes, docentes y usuarios piensan que una persona con discapacidad “tiene toda la posibilidad de continuar su vida”, “puede realizarse, puede tener su familia, puede superarse,

⁵⁹ RODRÍGUEZ, Op. Cit., p.145-178.

siempre y cuando se lo proponga”, es más, “puede llegar a hacer lo que él quiera”. Al respecto un estudiante menciona, que se pueden adquirir “otras habilidades por lo que al final no es discapacitado”. La limitación funcional está en la persona misma, de pronto, puede haber una deficiencia orgánica, pero pueden conservarse muchas capacidades que son las que hay que potencializar”.

Esta última es una visión positiva de la discapacidad que puede conducir a verla como una situación que puede ser superada con el esfuerzo de la misma persona y con el apoyo de quienes la rodean.

Otra concepción que se evidencia se relaciona con los **cambios en el rol de la persona**, es decir, con sus actividades laborales y las funciones que desempeñan en su familia y en la sociedad; los seres humanos asumen en sus relaciones de tipo social y laboral, una serie de roles como pueden ser, el de padre, madre, jefe, subalterno, amigo, trabajador etc., que pueden verse afectados con un evento discapacitante como el caso de un accidente. Al respecto algunos estudiantes plantean “después de tener una vida... y de un momento a otro quedarse uno en la cama y no poder salir...”, “es indiscutiblemente un cambio de vida... en lo laboral ...en lo social...”, “es verse de otra forma; es la misma persona pero en otra situación y posición ante la sociedad...”, “en adelante será otro pero internamente el mismo”; es “dejar de realizar actividades que realizaba con frecuencia” y “es difícil porque tenemos que abstenernos de muchas cosas que no podemos hacer y que no hay como hacerlas”.

Una persona con discapacidad asume que un evento discapacitante cambia la acción de la persona “toca ser dependiente y menos activa por la complicación en el traslado” ya que su vida “va estar ligada a la colaboración de su familia y personas allegadas a él”.

La visión de los docentes al respecto es muy optimista por cuanto consideran que es un “nuevo reto el que debe asumir” porque “estas personas tienen el potencial pero no lo pueden desarrollar, se quedan ahí y no lo explotan; lo que les queda no lo ven como un gran tesoro que a través de él puedan crear y modificar” su vida. Un cuidador de persona con discapacidades plantea “al fin y al cabo la vida sigue siendo la vida, simplemente cambia el rol de la persona ya no se pueden hacer algunas actividades...pero sin embargo, se pueden desarrollar capacidades y habilidades nuevas”.

Para otras personas con discapacidad con una visión mas optimista: “los objetivos y metas se cambiaron totalmente... y empezar de cero en todo sentido es duro”; “hemos pasado por situaciones difíciles en la parte económica pero siempre hemos querido salir adelante y confieso que hemos hecho mas de lo que habíamos pensado o considerábamos que sería capaz de hacer; “¿ser el mismo de antes? ¡ya no puedo ser!... jugar balón...olvídese de eso; yo tenía otras metas que ya no pueden ser, entonces busquemos otras meta, otro futuro”.

Estos testimonios evidencian que la persona con discapacidad después de un proceso de ayuda y rehabilitación puede asumir su discapacidad con una mayor conciencia de su limitación.

Sólo algunos estudiantes, docentes y usuarios piensan que “una persona con discapacidad tiene toda la posibilidad de continuar su vida” o “puede realizarse, tener familia, superarse cuando se lo proponga” lo que puede estar mostrando en la mayoría una concepción cuyo centro de atención es el cuerpo y la fortaleza física, por lo que un evento que amenace su integridad produce una actitud negativa hacia sus consecuencias⁶⁰. Al respecto Ferreres, C. plantea “si la

⁶⁰ ALVAREZ, Carmenza, Op. cit., p.58-64.

discapacidad resulta de una lesión, es una “desgracia” que le ocurre a un individuo, que éste deberá resolverlo en su ámbito personal”⁶¹

Con relación al aspecto laboral las mismas personas con discapacidad consideran que las puertas para un trabajo generalmente se cierran; una persona con deficiencia en sus miembros inferiores lo plantea así: “es muy difícil conseguir un espacio de trabajo... cuando una persona con discapacidad llega con una hoja de vida ,al menos se la reciben, pero cuando llega en silla de ruedas ni siquiera le reciben y le dicen, “no, no que pena”, pero no lo necesitamos”.

Persiste una concepción que considera a la persona con discapacidad como un ente pasivo, como ser “dependiente y menos activo por la complicación para su traslado” y por “ser como un niño”, como lo devela el testimonio de una persona con discapacidad: “para mi cuchita soy el bebé”, por lo que “necesitan apoyo de otros, en especial, colaboración de la familia, sobre todo de su mamá y de personas allegadas a él”. En estas expresiones se evidencia una situación de dependencia; surge un nuevo elemento el cual es la *dependencia que la persona con discapacidad tiene de otras personas para poder subsistir* y tener una calidad de vida acorde con sus expectativas, concepción que se constituye en un pensamiento colectivo que de todas maneras va a imponerse en cada uno⁶² o un imaginario resultante de la interacción social en donde valores, experiencias, relaciones, influyen en los comportamientos individuales.

EL RECHAZO A LA DISCAPACIDAD: “UN PROBLEMA CULTURAL”

Estudiantes, docentes y usuarios coinciden en que existe rechazo de la sociedad hacia la persona con discapacidad, rechazo que puede ser explícito o tácito, y que

⁶¹ EROLES, Op. cit., p. 47.

⁶² GIORDAN y DE VECCHI Op. cit., p. 91.

va desde el “cierre de oportunidades para desempeñarse laboralmente” hasta considerar que “el trato no es el mismo” o que “son un estorbo para la sociedad”, que “no pueden desarrollar ninguna actividad laboral” pues “cuando van a buscar empleo los miran mal y a veces, ni siquiera los atienden”.

Piensan los participantes que la sociedad es “poco condescendiente con el discapacitado” y que “es más por la cultura de la gente” ya que un individuo puede aceptar sus condiciones y limitaciones más “no así la sociedad”, como lo afirma una docente “en ocasiones limitan el progreso del paciente lo que le produce “miedo a ser rechazado” por las “burlas o palabras inadecuadas como paralíticos, bobos, lentos o todas aquellas frases que denigran de una persona”; otro docente comenta que “el mayor problema no son ellos sino la sociedad, los comentarios, las miradas, el pobrecito, lo que no los deja desarrollarse por sí mismos”.

En este mismo sentido agrega una persona con discapacidad: “me dicen inválido y lo considero un comentario normal”...”entre nosotros nos decimos: torcido, patuleco, pero son comentarios que no se dicen con ganas de ofender o hacer sentir mal al otro”. Es un burlarse de ellos mismos lo que posiblemente les hace compartir sus propios sentimientos y frustraciones, comentarios que posiblemente no serían aceptados si vinieran de personas consideradas normales.

Para la mayoría de los participantes existe “**menosprecio**” hacia la persona con discapacidad que se traduce en “**exclusión y discriminación de la sociedad**” hacia ellos, sociedad que desconoce la realidad de la persona con discapacidad y que no ha desarrollado los mecanismos para integrarlo como persona que puede serle útil.

Desde la perspectiva de los estudiantes la sociedad no ha entendido a estas personas, lo cual hace más difícil su relación con los demás “inicialmente se presentan barreras sociales como “lástima”, conmiseración que luego se

transforma en “burlas” y “apodos”. Hay personas, que “no asimilan” esta realidad y “no son tolerantes” en este sentido; igualmente consideran que “se maneja mucha indiferencia puesto que nuestra sociedad no ha tomado muy en serio el tema de la discapacidad”. Ante esto se realizan las propias reflexiones en torno a la necesidad de “ser realistas” puesto que, “la sociedad es muy dura con las personas con discapacidad”.

Las personas con discapacidad desarrollan sus propias lecturas, fruto de sus vivencias creen que es un “**problema cultural**”, lo que es expresado en los siguientes términos: “en la sociedad en general todavía falta una cultura de qué es la discapacidad y cómo se debe manejar, porque en muchos casos ven a una persona con discapacidad y piensan en él como “pobrecito: mire que le falta una pierna, mire que él es invidente, mire que él es tan joven y anda en una silla de ruedas”; en pocas palabras, no se destacan sus capacidades, por el contrario, se les demeritan, quizás desconociendo todas las oportunidades que puede llegar a tener. De ahí que lo vean como un problema cultural, el cual se ahonda debido a que muchas personas con discapacidad han ayudado a que la sociedad siga pensando de esa manera cuando están en las calles y en los semáforos pidiendo limosna...”, debido a “ellos mismos se condicionan a “no pensar en que se puede hacer algo más allá de su limitación”.

Las personas con discapacidad perciben un **tratamiento desigual frente a las oportunidades de trabajo**, idea que es compartida por docentes y estudiantes cuando señalan razones como “el rechazo en la sociedad”, el cierre de oportunidades para desempeñarse laboralmente”, el considerar que “el trato no es el mismo”, el pensar “que son personas inútiles”, la forma de actuar del otro “cuando van a buscar empleo” puesto que “las miran mal y a veces ni siquiera las atienden”.

En general para los participantes “falta mayor apoyo por parte del gobierno porque existen muchos programas y proyectos generados por las personas con discapacidad y que éstos podrían liderar” para “mejorar el nivel de vida, y darle un poquito de dignidad al ser humano con discapacidad”. Es decir, piensan “que el gobierno estuviera centrado en ver la discapacidad como la posibilidad de todos”. Se comenta como una persona con discapacidad no puede continuar el bachillerato, expresa: “el estudio es lo que más me duele en el alma, no me aceptaron más en el colegio”.

NUEVA RELACIÓN CON EL ENTORNO: CON LA FAMILIA, CON LOS DEMÁS Y CONSIGO MISMO

Adaptación familiar y nueva visión de sí mismo.

Los cambios que se suceden a partir de un evento discapacitante, según la mayoría de los participantes involucran directamente no sólo al propio individuo sino a todo su entorno, especialmente a su familia y a otros allegados; según algunos testimonios de estudiantes “le cambió la vida a él y la de casi toda su familia... terminó con su novia, luego a ella también le cambió la vida, la de su madre quien ahora lo atiende, la de sus hermanas quienes tienen que pasar mas plata a la casa para el sustento de la mamá y de él”; son reiterativos al afirmar que “cambia la vida de él, aparte de la de todos sus familiares y allegados... de ahora en adelante será otro diferente que estará con ellos pero íntimamente es el mismo” ; los docentes lo manifiestan así: “los papás tienen que estar más pendientes y sobre todo la mamá que tiene que ayudarlo en todas las actividades de la vida diaria” Aquí se evidencia la discapacidad como evento capaz de alterar la dinámica de la familia”⁶³.

La concepción de discapacidad como cambio de vida, para profesores y estudiantes implica que la familia y que la misma persona en situación de

⁶³ RODRÍGUEZ, Op. cit., p.1.

discapacidad “deben adaptarse a los cambios”; es como empezar de nuevo, ya que su ritmo de vida venía con otras expectativas”. Así como para la persona con discapacidad “todos los objetivos y metas se cambiaron totalmente, empezar de cero en todo sentido”. Al respecto un estudiante manifiesta que “el futuro depende del grado de aceptación y motivación “de la persona con problema motor”, así como de la adaptación a su nueva vida, lo que requiere tiempo”, “para ser capaz de realizar las actividades e inclusive integrarse a la sociedad”. Implica una actitud positiva frente a su situación para influenciar de la misma manera en su futuro. Además, el cambio de vida que trae consigo la discapacidad genera en el ser humano “dejar todas sus actividades sociales” y expresa uno de los estudiantes: “tener que dejarlas es difícil”.

Entre la sobreprotección y el desarrollo de la independencia

Entre la **sobreprotección y el desarrollo de la independencia**, es una concepción develada en muchos estudiantes, docentes y usuarios en la que “la familia quiere lo mejor y se excede en cariño y afecto” hacia la persona con deficiencia motora; se demuestra excesiva dependencia de los padres y sobreprotección de los mismos. Con relación a este aspecto, Rodríguez Luis afirma que la sobreprotección se traduce en un pensamiento dirigido a que mientras los padres existan no le faltará nada y éstos ejercen un control total que se traduce en un daño “al infundir en la persona una sensación de inutilidad y de dependencia absoluta hacia su entorno, eliminando toda posibilidad de ir ampliando sus niveles de autonomía”⁶⁴. Esta visión de la discapacidad la vivió un docente que tiene a su hermano en situación de discapacidad asociada a problema motor: “la gente se va a los extremos”... y esto tampoco lleva a nada... es la principal barrera que uno empieza a crear con la persona con discapacidad”.

⁶⁴ Ibid., p. 145-178.

También, los estudiantes y personas con discapacidad han experimentado la **sobreprotección**, así: “tuve un paciente, hace rato, que no lo dejaban hacer nada, y sí podía hacer cosas. Él tenía una hemisección medular pero, la mamá decía que pobrecito, entonces no lo dejaba, lo movía ella, él no hacía nada”. Una persona con discapacidad planteó que la sobreprotección se origina “en algunos casos queriendo hacer lo mejor posible por él y resultan es haciendo un daño porque no dejan que él recobre su independencia y como base de la independencia está que desde un comienzo empiecen a hacer las cosas mínimas para ir adquiriendo la capacidad, la destreza, de algo, tan sencillo como es vestirse...cuando una persona no es independiente difícilmente puede sentirse bien consigo mismo y con la sociedad”. Al respecto Rodríguez, Luis afirma: “para la sociedad tradicional, la que se amparaba en el paradigma de la rehabilitación, la imagen de la persona discapacitada era, y es, la de un sujeto de protección o tutela, un ciudadano incapaz de valerse por sí mismo”⁶⁵, concepción evidenciada en la realidad registrada.

Es de considerar que muchos de los investigados y en especial los estudiantes, plantearon que al tener la esfera mental normal se tienen “todas las posibilidades para llevar una vida feliz”, para “llegar a hacer, todo aquello que pensó que no volvería a realizar”. Al respecto un docente, manifestó que la “superación de las dificultades depende de la actitud de cada quien para salir adelante...rehabilitarse, ser lo más funcional posible, amar y enseñar a otros” y un cuidador expresó que conoce a personas que “han logrado su independencia en la vida familiar y laboral”.

Adecuaciones al medio

Las adecuaciones al medio fue un aspecto que afloró en la totalidad de estudiantes, casi todos los docentes y en menor frecuencia en cuidadores y

⁶⁵ Ibid., p.145-178

personas con discapacidad. Se parte de la premisa que se debe dar la integración familiar, social y ocupacional de las personas con discapacidad; es decir, la equiparación de oportunidades. Es así que sugieren realizar modificaciones para permitir el desplazamiento y el desempeño. Al respecto un docente menciona que se deben hacer “adaptaciones en su sitio, en su casa para ser más funcional, para aprender a realizar diferentes actividades de la vida diaria que se le están dificultando”. Las adaptaciones a su ambiente pueden ser las barras y poleas en los baños, habitación y espacios de circulación que deben ser despejados para permitir moverse en silla de ruedas. Pero es de anotar, que sólo en una de las instituciones dicha estrategia se lleva a cabo y se realizan visitas domiciliarias para conocer las condiciones de la vivienda y rutinas familiares que sean susceptibles de ser mejoradas; así, promover un mejor entorno con las adaptaciones o modificaciones que se hacen en el baño y en la habitación, entre otras, son expectativas de la población investigada.

Un cuidador manifestó la problemática que pueden vivir los niños con bajos recursos económicos y las dificultades para adaptarse al medio:

“para la familia es muy complicado traer los niños discapacitados al colegio... incluso la mayoría no tienen una buena alimentación; las familias no son constituidas, las madres son cabezas de hogar; acá la crisis social repercute con más fuerza en la familia. Eso llega a los jóvenes, que tienen una mentalidad más madura; los deseos de esperanza los pueden tener pero, se pueden quebrar en cualquier momento; la inseguridad, es muy fuerte, para los niños que crecen en ese ambiente y una persona con discapacidad es doblemente inestable. Una persona acá tiene que mostrarse dura de carácter, para que no se vayan a aprovechar de él. Y eso es fácil de palpar, sobre todo cuando están en grupos como acá llaman el parche, en grupos muestran otra personalidad, pero individualmente, cuando uno conversa con ellos, son

como niños, con una apariencia física de un adulto, que se han saltado etapas de la niñez”.

Las observaciones realizadas permitieron destacar la labor de una institución, en la que los estudiantes realizan sus prácticas formativas haciendo énfasis en el trabajo comunitario y en una metodología de la rehabilitación basada en la comunidad; promoviendo la idea de compartir todos en un proceso de co-aprendizaje. Realizan visitas domiciliarias para identificar las necesidades individuales y del grupo familiar e involucran a diferentes actores del medio para ayudar en el diseño y elaboración de aditamentos, los cuales se realizan bajo la dirección de la docente de fisioterapia y con los materiales proporcionados por el entorno. Esta situación no es la constante sino un hecho aislado.

ENTRE LOS SUEÑOS QUE SE DERRUMBAN Y LA ESPERANZA DE SALIR ADELANTE

“Los sueños e ilusiones se derrumban como un castillo de arena”

Desde el **eje del sentir** se expresa una gama de sentimientos que afloran cuando se está en contacto con la persona en situación de discapacidad. La gran mayoría de docentes, usuarios y estudiantes **sienten desesperanza**, la que se manifiesta de diferentes formas.

Un sentimiento que aflora en docentes y estudiantes es de **tristeza** hacia las personas con discapacidad, especialmente, si no nacen con ella, lo que “genera de cierto modo lástima”. Ésta también se presenta en las personas con discapacidad, la que se capta cuando una de ellas comenta: “desde que estoy así en la silla de ruedas...a veces me siento triste, a veces no; ya tomo la vida como

sea”. Este sentimiento en la persona con discapacidad se convierte en **baja autoestima** lo que los lleva a considerarse “seres inferiores”⁶⁶ a los demás;

Persiste el “menosprecio o sentimiento de **lástima**, más que de ayuda o de comprensión para que la persona se sienta bien y pueda ser normal” y superar su situación; en las sesiones individuales de fisioterapia en las que se indaga sobre aspectos personales del paciente, afloran vivencias que como el caso siguiente genera tristeza en los estudiantes:

“al principio, toda la casa era llena de amigos, al principio pobrecito, como la compasión por la persona, eso sí, dizque el primer mes era impresionante y él se sentía como bien; pero ahora no va nadie, tenía novia, ya no tiene novia, los amigos de la universidad ya no lo llaman, sólo la familia es la que viene”

La situación anterior, en muchas ocasiones es reforzada por las personas que están a su alrededor. **La baja autoestima**, es creerse menos que los demás y creer que inspira lástima, lo que se reafirma cuando dice un estudiante “necesita apoyo de los demás” y cuando un usuario con discapacidad plantea “yo hacía muchas cosas, y ya no las puedo hacer. Es más, “sirvo sólo para las cosas pequeñas”.

Esta concepción sobre las personas con discapacidad origina una actitud pasiva con relación a su desempeño cotidiano y laboral y su papel en la sociedad, actitud que es reconocida por los estudiantes y docentes al considerar que las acciones de las personas con discapacidad “dependen mucho de la actitud que cada una tome”.

⁶⁶ REPUBLICA DE COLOMBIA. Red de promotores de derechos humanos. El derecho a la igualdad. Defensoría del pueblo. p. 35

Respecto al cambio de vida por presentarse un evento discapacitante casi todos opinan que es una **pérdida**, “cuando uno está con un paciente que antes podía hacer cualquier cosa y ahora no, eso es como muy impactante”. Esa pérdida, para muchos genera angustia, como dice un estudiante “vivimos sentimientos de **incertidumbre y angustia** cuando hay cambios, cuando se tiene que “realizar algo de otra forma”, se piensa en “qué va a pasar mañana”; hay “incertidumbre sobre qué tanto puede recuperarse”...expectativa por la recuperación”. Se evidencia angustia cuando dice expresan su deseo de volver a “caminar, así sea con alguna ayuda”, también cuando una madre manifiesta: “que él puede lograr terminar su carrera...” no importando el tiempo que requiera para ello.

Según los docentes, surgen también sentimientos de **impotencia**, al “no poder hacer nada”, “al no poder hacer mucho por esas personas, sino simplemente solucionarles un problema del momento”.

En el estudio se captó que un sentimiento que sólo se presenta en las personas con discapacidad es la **ira** que sienten ante la impotencia para interrelacionarse con los demás, y con ellos mismos, lo que se traduce en un comienzo en agresividad, situación que se capta cuando uno de ellos afirma “cuando yo estaba en la silla de ruedas me daba rabia que me empujaran y que no pudiera hacer las cosas”.

Estos sentimientos poco a poco pueden ir convirtiéndose en reconocimiento y aceptación de la situación por parte de las personas con discapacidad, pues según ellos cuando se está en contacto con la realidad se aprende “**a valorar más la vida**, a aceptarnos más como somos”. En las prácticas formativas según estudiantes y profesores “los casos dejan mucha reflexión” acerca de “aprender a aceptar que la vida es un don maravilloso y que debemos aceptarnos los unos a los otros”; se tiene que “disfrutar el momento, disfrutar el hoy y el mañana”.

Optimismo por salir adelante

Entre tanto sentimiento negativo, muchos docentes, estudiantes y usuarios muestran **optimismo por salir adelante**; una persona “a pesar de su problema, puede estar limitada, pero eso no significa que tenga que ser dependiente; “hay actividades que perfectamente podría desarrollar con cierto grado de dificultad”. Coincide casi la totalidad de investigados en que una persona con discapacidad asociada a problema motor “tendrá que esforzarse al máximo para salir adelante”. Plantean que “a pesar de la incapacidad motora **son personas normales**”, “son seres humanos que merecen respeto, comprensión y aceptación”, “se debe tratar como tal”, “sienten como cualquier otro” y “son personas muy capaces”; resaltan que “hay empresas acá en Bucaramanga, que tienen ese tipo de personas trabajando”.

Los sentimientos positivos pueden corresponder a constructos o modelos explicativos que surgen de la evolución de las concepciones como consecuencia de la experiencia vivida, dado que según André Giordan y De Vecchi, “se trata en efecto de movilizar lo que se sabe y adaptarlo a la situación que se vive”⁶⁷. Finalmente se develó que en cuanto al sentir de y hacia las personas con discapacidad asociada a problema motor, éste puede ser expresado de muchas maneras, unas veces con actitudes negativas y otras, con actitudes positivas.

“LA REHABILITACIÓN INTEGRAL UNA FORMA DE SUPERAR LA DISCAPACIDAD”

El fisioterapeuta como apoyo a la persona con discapacidad

En cuanto **al querer ser**, la mayoría de los investigados, sean estudiantes, docentes, personas con discapacidad familiares o cuidadores, plantean la

⁶⁷ GIORDAN y DE VECCHI. Op., cit., p.106.

necesidad de una rehabilitación; se requiere un “grupo interdisciplinario para alcanzar su máxima recuperación”, constituido por “médico”, “fisioterapeuta”, “psicólogos y terapeutas ocupacionales”, entre otros. Cabe mencionar que “la habilitación /rehabilitación integral debe preparar al individuo con discapacidad para su integración en el medio socio-ocupacional”⁶⁸.

La totalidad de estudiantes y docentes plantearon que el **fisioterapeuta es un apoyo a la persona con discapacidad** al incidir sobre el mejoramiento del estado físico de la persona”. Este profesional brinda asesoría y orienta sobre las modificaciones que se pueden realizar en el hogar (adaptaciones) con el fin de hacer más accesible y confortable las actividades de la vida diaria como son: mesas, sillas, barras para aumentar la fuerza muscular y la estabilidad “. Así, podrá ir adquiriendo destreza y /o habilidad poco a poco...empezar por realizar ejercicios que le ayuden a ganar las diferentes etapas del control motor”. Expresa un estudiante que “no se debe dejar por ningún motivo el tratamiento fisioterapéutico” pero tampoco se debe “exceder en los tratamientos asignados”.

El fisioterapeuta debe “proyectarse y pensar en brindar lo mejor para evitar alteraciones mayores”; esto motiva a los estudiantes a aprender más y a investigar” para saber “cómo se realiza un tratamiento adecuado” porque en la vida diaria “siempre estaremos con gente con problemas y tenemos que aprender a actuar”; “cada persona necesita un tratamiento diferente” y “no se puede pasar [en las prácticas] con mediocridad porque, hoy sólo estoy de observador, pero muy pronto tendré un paciente al frente mío y necesito saber más”. El desempeño del fisioterapeuta es “integral porque no sólo hacemos la terapia física sino también nosotros nos involucramos mucho en la parte sentimental; nuestro rol es

⁶⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio para el establecimiento de estándares de acreditación de prestadores de servicios de salud de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad física, mental, cognitiva o sensorial en el territorio nacional”. Op. cit., p.17.

brindar cariño comprensión, paciencia, sobre todo con estos niños y ya en la parte profesional, aplicar los conocimientos.”

El modelo biológico o médico de la discapacidad que subyace en esta subcategoría del querer ser, evidencia que para los estudiantes, es primordial el saber más sobre las técnicas específicas para ayudar a recuperar la funcionalidad, que saber sobre otros aspectos integrales acerca de la complejidad del ser humano. Inclusive los que cursan noveno semestre se interesan sobre todo en cursos del plan de estudios como “anatomía, fisiología y neurología” y en los cursos que orientan sobre el tratamiento. Es importante mencionar lo anterior porque las experiencias académicas y el mundo de la vida no evidenciaron un interés por conocer la normatividad sobre hacer valer los derechos de igualdad y justicia para las personas y familias con alguna situación de discapacidad. El saber es muy teórico-clínico y quieren conocer todavía más en este sentido. Con lo cual se evidencia una orientación más hacia lo físico que una mirada más integral; sin embargo en algunos estudiantes hay tendencias a rescatar esta mirada.

“Interactuar con las personas con discapacidad”

Para los estudiantes “estar en contacto con personas en situación de discapacidad estimula el deseo de “aprender para poder enseñar a quienes lo necesitan”; pero, ese interés por el aprendizaje en las clases en las que había contacto con niños con discapacidad se centró más en sugerir o discutir sobre el tipo de tratamiento y las técnicas de facilitación fisioterapéuticas indicadas en cada caso para facilitar el movimiento y no en otros aspectos de tipo social. Del mismo modo un docente plantea “uno se proyecta al igual que ellos, a lograr conseguir la máxima independencia. Por ese lado es gratificante, pero por otro lado, cuando vemos todas las barreras que se nos ponen en medio, entonces, ahí empezamos a luchar”.

El componente sentimental “cumple un papel fundamental”; al “compartir tanto tiempo con los niños, uno se involucra sentimentalmente con ellos; “de acá, [centro de práctica] más que llevarse todo el aprendizaje, se lleva uno muchísimo amor de esos niños... uno como que se refugia en el amor que le dan esos niños y por eso me pareció una experiencia demasiado buena; es que uno se sensibiliza mucho. A mi personalmente, me cambió la visión de muchas cosas”, comenta un estudiante.

En el mismo sentido la mayoría de estudiantes coinciden en afirmar que “el compromiso es muy grande, ya que son vidas”; otro piensa al respecto “no podemos decir qué pesar, sino proyectarnos y pensar en brindarle lo mejor para evitar alteraciones mayores”, así como “comprender que son personas que con la ayuda adecuada y con un tratamiento óptimo, logran llegar muy lejos, por lo que no debemos sentir lástima por ellos”.

Los estudiantes dejan notar la importancia que tiene el aprendizaje experiencial es decir, aprender vinculados con la realidad del otro que en este caso son las personas con discapacidad. El aprendizaje experiencial⁶⁹ tiene un enfoque fenomenológico y emplea como fuente de información las experiencias conscientes y subjetivas del hombre, es decir, se dan en contacto real con los problemas que conciernen a su existencia; por ello no sólo hay construcción de conocimiento sino que el aprendiz madura, crece, anhela y crea.

“Eliminar las barreras conduce a cierta independencia”

Otro aspecto del querer ser hace referencia a la **eliminación de las barreras arquitectónicas** que son originadas por el entorno físico, como son las

⁶⁹ ROGERS, K. Citado por ARANCIBIA V. et al. Psicología de la educación 2ed. Mexico:Alfaomega, 1999.p.152-153.

escaleras, y así generar cierto grado de independencia; al respecto mencionan los participantes que se deben “construir rampas” y “barras para sostenerse”, es decir, aditamentos físicos adaptados en los establecimientos, como los teatros y en general en todos los sitios para facilitar el acceso.

Esta forma de pensar puede estar influenciada por la normatividad que hace referencia a la accesibilidad como las “ayudas técnicas y tecnológicas, acceso a la información, a la comunicación a la cultura y al medio físico incluido el transporte, es decir, “elementos que permiten adaptar el entorno para la participación de las personas con discapacidad en las diferentes esferas sociales, tales como la educación, la salud, el trabajo, la comunicación, la información, la recreación y el deporte”⁷⁰ porque el diseño de sistemas de transporte y de edificios públicos “está basado en ideas concebidas sobre la persona “media” o promedio, sin tomar en cuenta a las personas con discapacidades físicas”⁷¹.

En este mismo sentido, “se deben hacer modificaciones en su sitio, en su casa para ser más funcional, para facilitar la realización de las diferentes actividades de la vida diaria”. Es decir, “hacer unas modificaciones para que pueda desplazarse y para que se pueda desempeñar mejor y sin ayuda”. Dicho de otra manera, “realizar adaptaciones a su ambiente, adaptaciones que llevan a cierto grado de independencia como pueden ser las realizadas en “el baño” en “la habitación” y en los espacios de circulación de la casa, si por ejemplo “utiliza silla de ruedas”.

Piensen los participantes que también se deben **eliminar las barreras sociales** que dificultan o bloquean la participación e integración de las personas con discapacidad asociada a problema motor, las cuales van desde miradas, expresiones y actitudes de rechazo personal y laboral. Frente a esta concepción, coinciden la mayoría de indagados, en que es necesario generar

⁷⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Presidencia de la Republica. Entorno Accesible. p.9.

⁷¹ RODRIGUEZ, Op. cit., p. 13.

comportamientos integradores y que persigan la igualdad entre todos, para así “darle un poquito de dignidad al ser humano con discapacidad”.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Del análisis realizado, fruto del proceso de investigación, se puede concluir en primera instancia, entre lo que se observó, que existe cierta coherencia, en cuanto a lo que hacen y dicen sobre la discapacidad en estudiantes, profesores, personas con discapacidad, su familia o cuidadores; es decir, se evidencia hasta cierto punto, que las prácticas y acciones encontradas frente a la discapacidad están direccionadas por las concepciones que los indagados han venido construyendo como fruto de sus propias vivencias y experiencias, así como también de la formación recibida en instituciones de educación superior.

Se evidencian concepciones que apuntan a considerar la discapacidad con un enfoque más orgánico-biológico y de rehabilitación que con un enfoque social o ecológico, o sea, la discapacidad la consideran como una enfermedad, que altera el movimiento, el desempeño y la participación del individuo, lo que trae consigo la disminución del rendimiento en la ejecución de tareas y actividades cotidianas o básicas. La asumen como un problema de tipo individual por ser únicamente de la persona que tiene la deficiencia motora, donde cada quien debe enfrentar su realidad y asumir el impacto de la deficiencia; no obstante quienes están a su alrededor como su familia, compañeros, amigos, se ven afectados, hecho que los obliga a asumir ciertos roles de apoyo.

Aún cuando el grupo de profesores y estudiantes consideran la importancia de desarrollar un modelo social y ecológico de la discapacidad, el enfoque curricular dado al plan de estudios de la carrera de fisioterapia de la UDES (población en la que se realizó la investigación), tiene un gran componente médico-rehabilitador

que se evidencia en las prácticas formativas desarrolladas en los centros de práctica y en las clases teóricas investigadas.

Otro aspecto por resaltar hace referencia a que el origen de las concepciones en unos y en otros es diferente; en los profesores y estudiantes las concepciones están muy relacionadas con los aprendizajes académicos a los que han estado expuestos a lo largo de su formación como fisioterapeutas; sus verbalizaciones están más relacionadas con la teorías que explican lo que es la discapacidad; expresan definiciones de tipo “memorístico” muy aproximadas a lo que dicen los libros, posiblemente por ello, se capta que algunos profesores y estudiantes se refieran también a aspectos de tipo social y ecológico de la discapacidad. De otra parte, en las personas con discapacidad, familiares y cuidadores se evidencia que sus concepciones pueden tener un origen en las experiencias y en sus propias vivencias; sus experiencias apuntan a su situación individual, al momento en el que le sucedió el evento, al papel de la familia, a la relación con los “otros”; por lo que la influencia de estas circunstancias y su cotidianidad, le lleva a considerarse ellos mismos como “*minusvalidos*” término que en ningún momento fue utilizado por los docentes y estudiantes.

Se reconoce por parte del grupo estudiado que hay rechazo hacia la población con discapacidad y que éste es más un problema de tipo cultural; el mayor problema no son ellos sino la sociedad; este rechazo se traduce en *exclusión, discriminación, lástima, intolerancia, indiferencia* y especialmente, en el *cierre de oportunidades para desempeñarse laboralmente*.

Reconoce la población objeto de este estudio, la necesidad de una nueva relación con el entorno, con la familia y consigo mismo para eliminar la dependencia y obtener la autonomía. Esta concepción en la que asumen la adaptación como un elemento esencial en la recuperación de la persona con discapacidad es de gran trascendencia, lo cual se debe tener en cuenta en la formación de los

fisioterapeutas, dado que involucra elementos de tipo social y ecológico que aún cuando no fueron verbalizados directamente al indagar sobre la discapacidad, sí afloraron como un aspecto adicional muy significativo.

Tangencialmente apareció como concepción el modelo ecológico de la discapacidad referido especialmente a las adaptaciones que el medio ha de proveer para mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad asociada a problema motor; no obstante, sólo en una de las instituciones estudiadas desarrollan una estrategia de la rehabilitación basada en la comunidad.

El sentir de la población estudiada está entre la desesperanza y el optimismo, entre los sueños que se derrumban de un momento a otro y una visión positiva por salir adelante; se genera incertidumbre y hasta lástima especialmente entre las personas que no tienen la discapacidad, y aislamiento, ira y baja autoestima en las personas que si la padecen.

Predomina, en la mayoría de la población indagada, sentimientos y actitudes negativos hacia la discapacidad. Para todos, es mayor el impacto de quedar con discapacidad cuando el evento se presenta en un periodo de la vida en la que se han construido proyectos y se tienen definidas unas metas, o planteados unos sueños. Todo por el cambio que genera la nueva condición, que es vista desde todo punto de vista como una pérdida: pérdida de funciones, de rol social, de capacidades corporales, de actividades ocupacionales y de recreación y deporte. Pero lo positivo es la manera como las actitudes y representaciones mentales han evolucionado de posiciones de rechazo a posiciones de aceptación y de dependencia a independencia y autonomía, especialmente en personas con discapacidad o cuidadores.

Finalmente el querer ser de los estudiantes y profesores, apunta a destacar el papel del fisioterapeuta como apoyo a la persona con discapacidad desde una

perspectiva integral; sin embargo hay tendencia a dar relevancia al papel del fisioterapeuta como rehabilitador físico con habilidades para orientar las adecuaciones físicas de espacios y materiales.

El querer ser de la persona con discapacidad asociada a problema motor apunta a obtener un mayor apoyo del estado hacia los programas y proyectos liderados por ellos mismos, así como ser tenidos en cuenta como personas con capacidades para interactuar en la sociedad y con competencias para el desempeño laboral.

ABRIENDO CAMINOS

Este estudio se constituyó en la primera reflexión pedagógica sistematizada realizado en el programa de fisioterapia de la Universidad de Santander UDES para comprender las prácticas y concepciones en torno a la discapacidad asociada a problema motor. Una vez terminado el análisis y la interpretación de la realidad y con base en los hallazgos, se formulan las siguientes recomendaciones:

Reconceptualizar el sentido que se da a la discapacidad para superar la concepción biologista que predominó y asumir la evolución que tiene la misma, como elementos que deben ser contemplados en la formación de los profesionales en el área de fisioterapia. Especialmente los cursos de Evaluación, Intervención y Prácticas formativas pueden constituirse en espacios académicos que den paso a la construcción de una concepción social y ecológica de la discapacidad.

El programa de fisioterapia de UDES en su misión y en otros documentos, asume un énfasis comunitario, hecho que no se evidenció en la investigación. Al respecto vale la pena repensar en la necesidad de generar estrategias pedagógicas para lograr que dicha intencionalidad se refleje en las prácticas pedagógicas de profesores y estudiantes y en los contenidos ofrecidos en las asignaturas.

Ofrecer cursos en el componente opcional de asistencia interdisciplinaria, como parte del plan de estudios, que aborden temáticas referentes a la sensibilización y comprensión de la discapacidad. Asimismo, interactuar al interior de la comunidad UDES y al exterior, con acciones intersectoriales especialmente en entidades territoriales.

Las prácticas formativas han de incluir en su plan de actividades, seminarios, talleres y encuentros sobre discapacidad y sobre políticas relacionadas, para empoderar al estudiante sobre su gestión en el desempeño comunitario y aportar, en este sentido, a la consecución de la misión del programa, formando actores y constructores de nuevos escenarios que faciliten la integración de las personas con discapacidad en su área de influencia.

El modelo pedagógico y las prácticas pedagógicas podrían dar mayor importancia a la identificación de las concepciones de los estudiantes como punto de partida para orientar las acciones en el aula y fuera de ella.

Promover la adquisición de bibliografía referente a discapacidad, políticas y demás documentos de normatividad que puedan ser utilizados en los cursos respectivos.

Por otra parte, es necesario constituir un grupo de investigación que adelante nuevos proyectos y que proponga experiencias investigativas que contribuyan a la dinámica de revisión curricular para de esta manera, hacer aportes en el campo de la educación.

Finalmente, vale la pena plantear unos interrogantes que complementen el trabajo iniciado en esta investigación; es el caso de la construcción de un programa educativo para personas con discapacidad y cuidadores, así como hacer el rediseño curricular del programa de fisioterapia desde un a perspectiva integral, de forma tal que se enfoque no sólo hacia un modelo biologista sino que contemple lo social y ecológico, así como las estrategias pedagógicas para el logro de está intencionalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ CAÑÓN, Carmenza. Discapacidad. Enfoques, tendencias y percepciones. En: Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol XLIX (2004).
- ARANCIBIA V. et al. Psicología de la educación 2ed. Mexico:Alfaomega, 1999.
- ARIAS VALENCIA, Maria Fernanda. Representaciones sociales a partir de un evento discapacitante. Bogotá, 2002. trabajo de grado (fisioterapia).Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.
- AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. APTA. Guide to Physical Therapist Practice. 2001.
- ASCOFI, ASCOFAFI. Ley 528 de Septiembre 14 de 1999, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia.
- Autoevaluación y Acreditación. Boletín Informativo de la Universidad de Santander. Vol. 1, No 2 (oct.2006). Bucaramanga: UDES, 2006. ISSN1909 4330
- BELTRAN, Yolima y CASTRO, Aura Luz. Concepciones y Prácticas Pedagógicas existentes en la Universidad Industrial de Santander desde la perspectiva de la comunidad estudiantil. Bucaramanga :UIS,2004
- BERNAL VERA, Aida Carolina Paradigma social de la discapacidad. En: Revista Ascofi. Volumen 48 (2003).
- BOYER, R. y TIBERGHIE, A. Las finalidades de la enseñanza de la física y la química vista por profesores y alumnos franceses. En: Revista Enseñanza de las ciencias.(1989).
- BURBANO MÁRMOL, Maritza. Caracterización de los significados que subyacen en ciertos actores del ámbito laboral en relación con la integración de personas con alguna discapacidad física en Colombia. Bogotá, 2000. Trabajo de grado (fisioterapia).Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.

- CALVO ARENILLAS, J.I y MARTÍN NOGUERAS, A. Avances en discapacidad. En: Revista Fisioterapia. Sección 2 No 24 (2002).
- COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Decreto 2566 de 2003
- _____ Resolución 2772 de noviembre de 2003.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Consejería Presidencial de Programas Especiales. Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad para el periodo 2003-2006. Bogotá.
- _____ Proyecto fortalecimiento de la capacidad institucional y de las redes de apoyo territorial para la discapacidad. 2003-2006.
- CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN. Lineamientos para la Acreditación. 3 ed. Bogotá :CNA, 1998.
- CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE SANTANDER. Proyecto Educativo del Programa de Fisioterapia. Bucaramanga: UDES.2003.
- _____ Proyecto de Práctica Formativa. Programa de Fisioterapia. Bucaramanga: UDES 2004
- _____ Proyecto Institucional. Bucaramanga: UDES 2001
- _____ Reglamento de Práctica Académica de la Facultad de Salud. Vicerrectoría Académica. Bucaramanga: UDES 2003.
- CRUZ VELANDIA, Israel y DUTRA Jane. Algunos elementos teóricos necesarios para el análisis de la rehabilitación de la persona con deficiencia física. En: Revista ASCOFI. Vol. 44 (1999).
- DANE. Censo General 2005. Discapacidad _ Colombia. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/población_vivienda
- Documento CONPES SOCIAL 80. "Política Pública Nacional de Discapacidad": CONPES/Consejo nacional de política económica y social. 26 Julio de 2004. Bogotá: CONPES
- DUARTE TORRES, Silvia Cristina, Un modelo de atención en rehabilitación basado en la bioética para personas en situación de discapacidad. En:

Revista Escuela Colombiana de Rehabilitación. Vol.1, No 3, (oct. 2004)
Bogotá: ECR. ISSN 1692-1879

- EROLES, Carlos, La discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Buenos Aires: Espacio. 2002.
- GALLEGO ARRUFAT, M. J. Investigación sobre pensamientos del profesor: Aproximaciones al estudio de las teorías y creencias de los profesores. En: revista española de pedagogía. No. 189 (1991).
- GIORDAN, André y DE VECCHI Gérard. Los Orígenes del Saber. De las Concepciones personales a los conceptos científicos. 5ed. España: Díada. 1995.
- ICFES, ASCOFAFI. Requisitos para la creación y funcionamiento de los programas de pregrado en Fisioterapia. Bogotá: ICFES, 1998.
- LÓPEZ, Victor.. Cómo ven los universitarios a las personas con discapacidad. Madrid. 2004. Tesis (doctorado en educación). Universidad de Extremadura. Facultad de Educación.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política de la habilitación y rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá. 2003.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. SISTEMA GENERAL DE SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS PROFESIONALES. Estudio Discapacidad física, Psicológica y laboral causada por el conflicto armado. Bogotá: MinTrabajo y Protección Social 2001.
- MURCIA, Napoleón et al. Imaginario de los jóvenes escolares ante la clase de Educación Física. Armenia: Kinesis. 2005.
- ORDENES, Roberto. Discapacidad y Respuesta Social. 2 ed. Buenos Aires: Humanitas. 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Clasificación Internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud-CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Ministerio. 2001.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resumen de discapacidad en las Américas. www.ops.org.ni/opsnic/tematica/rehabilita/resumenamericas.htm#cifras_discapacidad.

- PARRA DUSSAN, Carlos. Derechos humanos y discapacidad. Bogotá: Universidad del Rosario. 2004. p. 24.
- PEREZ GOMEZ, A.I. La cultura escolar en la sociedad neoliberal. Madrid: Morata, 1999.
- PORLAN, Rafael. Teoría del conocimiento, teoría de la enseñanza y desarrollo profesional; las concepciones epistemológicas de los profesores. España. 1989 Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. Facultad de educación.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. Folleto Plan Nacional de discapacidad 2003-2006.
- _____ Red de promotores de derechos humanos. El derecho a la igualdad. Defensoría del pueblo. 2004
- _____ LEY 361 de 1997
- _____ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Atención a las personas con discapacidad 1999-2002. Bogotá.
- RODRÍGUEZ, Bausá. La imagen del otro en relación a la discapacidad. Reflexiones sobre Alteralidad. Madrid: Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo.2004
- SANDOVAL, Carlos. Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES, 1996
- SARMIENTO, Martha; CRUZ Israel y MOLINA Victoria. Fisioterapia en Colombia: Historia y Perspectiva. En: Revista Asociación Colombiana de Fisioterapia. Vol. XXXIX (nov.1994).
- SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE Y ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE. Estudio de Prevalencia de la Discapacidad en el Valle del Cauca. AGOSTO DE 2001.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad. Santafé de Bogotá: Alcaldía Mayor, 2002.
- SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES, INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES Y SUBDIRECCIÓN GENERAL DEL PLAN DE ACCIÓN Y PROGRAMAS PARA PERSONAS CON

DISCAPACIDAD. Hacia una sociedad más abierta para las personas con discapacidad. Madrid: Ministerio. Oct. 2000

- TEJADA CASTAÑO, Maritza. Influencia de las creencias culturales de la familia en el desarrollo del sujeto con alguna discapacidad. Bogotá, 2001 Trabajo de grado (fisioterapia). Universidad del Rosario. Facultad de Rehabilitación. Fisioterapia.
- TERVO, Raymond y AZUMA, Scout. En: Arch Phys Med Rehabil. Vol. 83, (November 2002)
- TORRADO, María Cristina. Educar para el desarrollo de las competencias. Santafé de Bogotá (1999).
- TORRES, M y MUNEVAR D. Representaciones Corporales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004.
- ZULUAGA GARCES, Olga Lucía. Pedagogía e Historia. Medellín: Universidad de Antioquia. 1999.

ANEXO A: FORMATO PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

La Maestría en Pedagogía de la UIS y el Programa de Fisioterapia de la UDES adelantan la investigación “Una mirada hacia la discapacidad asociada a problema motor: concepciones y prácticas”, por lo que yo _____ con cédula o tarjeta N° _____ de _____, acepto participar y colaborar con la información necesaria. Lo hago sin ninguna presión y soy libre de retirarme, si así lo deseo, en el transcurso de la investigación, de igual modo recibiré información de los avances del estudio.

Firma: _____

ANEXO B: CASO HIPOTÉTICO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA

Daniel es un joven de 21 años de edad, soltero, estudiante de enfermería de último año de una institución universitaria de Bucaramanga. Su papá falleció y vive con su mamá en el centro de Bucaramanga. Tiene dos hermanas mayores, casadas y cada una con un hijo.

Es líder del grupo de estudiantes, representa a su institución en los juegos inter-universitarios. Se reúne frecuentemente con sus amigos y su novia, planean excursiones en los períodos de vacaciones y disfruta yendo a cine especialmente los martes en la noche.

Un infortunado día sufre un accidente automovilístico y le diagnostican hemiplejía derecha. Lo hospitalizan por 15 días hasta conseguir condiciones estables de salud.

Durante los últimos seis meses ha experimentado un considerable incremento de dolor en el hombro derecho. No camina pero puede realizar actividades de desplazamiento en posición sentada y adoptar la posición de rodillas y de pie con ayuda, pero no la mantiene.

Tuvo que dejar las actividades sociales y en esencia no desea salir de la casa. Durante el primer mes recibió visitas de sus amigos. El terminó la relación con su novia.

Manifiesta que siente angustia cada vez que requiere tomar un baño y tener que esperar por la ayuda de su mamá o la empleada doméstica en casi todas las actividades básicas cotidianas. Completamente comunicativo, orientado, colaborador; no tiene problema en las funciones corporales excepto en el control de esfínteres e incremento moderado del tono muscular y movimientos involuntarios del hemicuerpo derecho que le limita o dificulta de forma grave andar, utilizar medios de transporte, levantar y llevar objetos y su autocuidado para el aseo personal.

Una fisioterapeuta asiste una vez por semana y orienta sobre los ejercicios que pueden realizarle y los cuidados de la mano y el pie. Mensualmente, tiene control médico cubierto por el SISBEN.

ANÁLISIS DEL CASO

Una vez revisado el caso anterior, responda las siguientes preguntas:
Cree usted que le cambió la vida? Explique su respuesta.

Qué sentimientos se generan luego de conocer la situación del joven?

La vida de Daniel cambió la vida de alguien más? Explique su respuesta

Qué es lo que mas le impactó del caso?

Qué piensa sobre el futuro de este joven?

Qué sería lo que usted le recomendaría, a partir de hoy, para realizar las actividades de la vida diaria?

ANEXO C: PRECATEGORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Convenciones

Letra inicial:

E estudiante de práctica formativa

D estudiante matriculado en cursos de Intervención y Evaluación II.

P profesor

F Familiares o cuidadores

U usuario con discapacidad

La segunda letra o número corresponde a un consecutivo para la identificación y codificación de los participantes.

EJE TEMÁTICO: SER

| PRECATEGORIA | TESTIMONIOS |
|---|--|
| <p>“Pérdida total o parcial de la capacidad funcional del ser humano”</p> | <p>D3 “pérdida total o parcial de la capacidad funcional del ser humano”.</p> <p>D7: “pérdida de funcionalidad. “incapacidad par realizar las cosas perfectamente”.</p> <p>D8: “La incapacidad de poder realizar las cosas perfectamente”.</p> <p>D10 “la pérdida de la capacidad funcional del cuerpo que me impide funcionar correctamente”.</p> <p>D11 “Pérdida de la capacidad funcional del ser humano puede ser parcial o total.”</p> <p>D15: “pérdida de funcionalidad “normal”.</p> <p>DH: “Es cuando una persona tiene alguna dificultad en su vida y no puede ser totalmente funcional”</p> <p>DG: “la imposibilidad de desarrollar las actividades de la vida diaria normalmente, hay una limitación”.</p> <p>DD: “dificultad para realizar las actividades de la vida diaria normalmente”.</p> <p>E4 “empezar una vida teniendo todas sus capacidades físicas y que se ven frustradas por un accidente, hace que se replanteen las cosas en muchos campos y más las implicaciones que esto trae”.</p> <p>D5: “Aquel proceso o momento en el cual me siento no apto para realizar una actividad (normal). Patológicamente, limitación de una actividad porque se presenta un proceso anormal. “me impide realizar una acción”. Relaciono la discapacidad no solo con las personas que presentan patologías. Entre las personas que somos normales, que no tenemos amputaciones también tenemos discapacidades porque en algún momento dado yo no puedo realizar alguna actividad”.</p> <p>D9: “La limitación para realizar un movimiento una actividad; un adecuado desempeño a las actividades de la vida diaria.”</p> <p>D11 “Pérdida de la función para realizar ciertas actividades”.</p> <p>D3 “ Punto en el cual termina o es imposible continuar con dicha actividad “</p> <p>DJ: “dificultad para realizar las actividades causada por una lesión que se lo impida”.</p> <p>DG: “Imposibilidad de desarrollar las actividades de la vida diaria</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>normalmente, hay una limitación”.</p> <p>DD: “Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria normalmente”.</p> <p>PW: “condición del estado de salud de las personas en la cual se encuentra limitaciones o deficiencias para la realización de ciertas actividades...para las actividades cotidianas y laborales en el caso de los usuarios de acá en las actividades deportivas, en el nivel que limita a los deportistas viene siendo una discapacidad”. “hay visual, física, psicológica, hasta una persona que este en la calle que por trastornos psicológicos no se ha incorporado a la sociedad es un discapacitado, en cierta medida los deportistas tienen cierto grado de discapacidad (elite) es lo más importante en su vida y encontrarse lesionados así sea por un dedo de la mano no les permite todo el desempeño de su rol que en ese caso es social por estar representando a Santander y laboral por ser su profesión como tal”.</p> <p>PX: “Es una limitación para realizar con habilidad las actividades que venía desempeñando”</p> <p>PU: “Una alteración del movimiento corporal humano, que limita una actividad funcional”.</p> <p>PMT: “Algo que no nos permite desempeñarnos o relacionarnos con el entorno en un 100%, ya sea en la parte motora”.</p> <p>PX: “Dificultad para desempeñarse dentro de un entorno biosicosocial”.</p> <p>FA “Aquella que no puede desarrollar una actividad de manera hábil y con destreza”</p> <p>UH “personas que no pueden hacer algo”</p> <p>UD “impedimento que no nos deja actuar como seres normales”</p> <p>FC “limitación de poder realizar acciones que las personas dentro de sus facultades pueden realizar normalmente. Es una limitación no un impedimento”</p> <p>FA “dificultad o imposibilidad para realizar una o más actividades de la vida cotidiana”</p> <p>UH “Personas que no pueden hacer algo”</p> <p>FA: “al fin y al cabo la vida sigue siendo la vida, simplemente cambia es el rol de la persona, no poder salir a rumbiar, entonces tengo que cambiar mi rol, ir al medico no puedo hacer algunas actividades que la limitación no me va a poder permitir pero sin embargo puedo desarrollar capacidades y habilidades puede desarrollar. La persona con discapacidad tiene más tiempo para analizar que otras actividades puede desarrollar; hay personas que podemos caminar y no nos gusta la rumba, es eso, limita una actividad pero desarrolla otras”.</p> <p>UB: “Yo lo tomo como la falta o no poder o tener la capacidad para hacer algo”.</p> <p>UH: “ personas que no pueden hacer algo”</p> <p>UJ:” Son niños que tienen alguna dificultad para realizar alguna cosa”</p> <p>UL: “ problemas para movilizarse y hacer actividades”</p> <p>UC “son las personas que no pueden realizar como una persona normal, como por ejemplo la que no puede hablar, la que no ve , el que no camina”</p> <p>UM: La falta de voluntad para la realización de objetivos y entre eso esta una frase que “limitado es aquel que teniendo todo no puede</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| | <p>hacer nada”.</p> <p>EM: “cambió la vida puesto que presenta una limitación funcional para ser independiente y poder realizar las actividades que hacía antes”.</p> <p>ED “Tenía una vida como la de cualquier joven, pasarla rico , disfrutarla, pero ya con lo que le paso no puede hacer lo mismo, ya tiene limitadas muchas actividades.”</p> <p>EI:”contaba con toda su capacidad funcional antes, ahora no, porque es muy diferente cuando las personas ya vienen con una patología congénita, a personas que toda su vida fueron independientes y ahora no lo pueden hacer”.</p> <p>EC: Por presentar dificultad para realizar ABC que antes podía hacer sin ningún problema”</p> <p>EJ: “cambió las funciones y el movimiento corporal”</p> <p>EK: “ pasó a ser un joven con limitación funcional”</p> |
| <p>Alteración en cualquier parte de su cuerpo- Deficiencia orgánica</p> | <p>D16 “problemas de piel” Además “dependiendo de la enfermedad que tenga le va a influir tanto psicológicamente como emocional”.</p> <p>D4 “su estado de salud puede estar muy afectado porque puede haber un descondicionamiento físico muy notorio”.</p> <p>D10 “el estado de salud se ve afectado debido a su mismo estado, tendrá comprometido unos más que otros los múltiples sistemas del cuerpo dependiendo de la discapacidad”.</p> <p>D15”es mejor, quizás que la persona sin discapacidad”</p> <p>D2” “pero también influye que dependiendo de la enfermedad que tenga le va a influir psicológicamente como emocional”.</p> <p>D9: “estado de salud física depende del nivel de lesión, de la motricidad del paciente, del apoyo. La familia. Son factores que influyen en el estado de salud del paciente. Psicológico y biosicosocial. Que de alguna manera contribuye en el proceso de adaptación de la vida que lleva el paciente y recuperación de él”.</p> <p>D10: “el estado de salud se ve afectado a su mismo estado, tendrá comprometido más que otros los múltiples sistemas del cuerpo dependiendo de la discapacidad”.</p> <p>D16:.”si permanece todo el día en supino, su salud se vera afectada, la mayoría de veces se dan problemas respiratorios, problemas de piel”.</p> <p>PMX: “Su actual condición física y emocional limita el desarrollo de sus actividades cotidianas”</p> <p>UF “dificultad que tiene el cuerpo para realizar un movimiento por cualquier alteración”.</p> <p>FA “no sólo existe la discapacidad física, sino la mental”</p> <p>UG “una persona que tiene algún problema o defecto que tiene su cuerpo humano”</p> <p>FC “nacer con un problema físico o neurológico que le impide realizar una vida común como los demás desplazarse, relacionarse, comunicarse, una vida social activa”</p> <p>DJ: “la dificultad para realizar las actividades causada por una lesión que se lo impida”.</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| Cambiar su estilo de vida | <p>EH: "Es obvio que un accidente con dichas secuelas, de un momento a otro, sin esperarlo, cambia totalmente la vida en todas sus dimensiones personal, familiar, laboral...cambia la vida en lo laboral, personal, psicológica, cambia su vida en todos sus aspectos".</p> <p>E I." Pienso que le cambio la vida"</p> <p>EJ: "la manera de llevar su vida cambió, "</p> <p>EK: "la vida le dio un giro, han cambiado muchas cosas para él, dejar de ser un joven activo, emprendedor, trabajador".</p> <p>E2: "después de ser una persona tan activa e independiente ahora por sus condiciones le toca ser dependiente y menos activo por la complicación para su traslado".</p> <p>E3: "era una persona que realizaba muchas actividades y ahora se encuentra limitados por la hemiplejía pero, con un adecuado manejo puede llegar a tener una vida casi normal".</p> <p>E4: "empezar una vida teniendo todas sus capacidades físicas, que se ven frustradas por un accidente, hace que se replanteen las cosas en muchos campos y más las implicaciones que esto trae".</p> <p>E5: "sufrió un cambio el cual necesita del apoyo de todos y sobre todo de las ganas de él de poder salir adelante para poder seguir realizando sus actividades. Mejorar su estado. De poseer una vida social y personal grande en la cual era independiente, pasó a depender de ciertas personas, creando problemas en su autoestima".</p> <p>E7: "su vida va estar ligada a la colaboración de su familia y personas allegadas a él".</p> <p>E8: Pienso que es un cambio muy grande, es como empezar de nuevo, ya que su ritmo de vida venía desde otro punto de vista y con otras expectativas, es verse de otra forma, como la misma persona, pero en otra situación y posición ante la sociedad".</p> <p>D3: "le cambió la vida. Pasó de ser un joven independiente a ser un joven dependiente para la gran mayoría de sus actividades son limitadas después del accidente y su estado emocional es bajo constantemente".</p> <p>FA : "Le cambio la forma de vivir y de enfrentar la vida."</p> <p>UM:"cuando una persona no tiene la capacidad necesaria para manejar su cuerpo"</p> <p>UN: "no poder realizar la actividad como uno quiere"</p> <p>PZ: "deben adaptarse a los cambios. Principalmente de tipo motor. Aceptar su nueva condición".</p> <p>PX: "su actual condición física y emocional limitan el desarrollo de sus actividades cotidianas".</p> <p>EG "tenía una vida casi perfecta y de un momento a otro cambiar"</p> |
| Cambiar el rol | <p>EH. "es obvio que le cambia la vida en lo laboral, personal, psicológica".</p> <p>ED: "después de uno estar bien de salud sin problemas, de repente todo cambia,"</p> <p>EC" "no somos dueños de nuestro destino y en un abrir y cerrar de ojos, todo lo pasa de estar bien, se esfuma y tenemos que enfrentarnos a nuevas situaciones, que esta son pruebas de vida para evidenciar nuestra capacidad de superación."</p> <p>EM "él quedó bloqueado, que no pueda caminar que el no pueda hacer sus cosas él mismo le genera un cambio aún más un rechazo</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>hacia la sociedad y hacia el mismo. EJ "limita ahora sus relaciones, consigo mismo y el entorno."</p> <p>EÑ: "siente o sentirá rechazo por la sociedad"</p> <p>EC" que no puede rendir de la misma manera." "el puede llegar a ser la persona no en 100% que era antes."</p> <p>ED1 "no puede hacer lo mismo" " ya tiene limitado muchas actividades".</p> <p>EA "ya no podría realizar las tareas que realizaba antes." EJ "su vida cambió, las funciones y el movimiento corporal."</p> <p>EB "no volvió a realizar las actividades que acostumbraba hacer"</p> <p>EH: "es un impacto demasiado fuerte para soportarlo, y por supuesto no se pueden continuar realizando de igual manera las AVD. Afecta la dimensión de la vida desde muchos puntos"</p> <p>EM "cambió tanto su parte física como mental, para su sostén para uno poder ser como persona, el quedo bloqueado, que no pueda caminar que el no pueda hacer sus cosas el mismo le genera un cambio aún más un rechazo hacia la sociedad y hacia él mismo".</p> <p>EM" Hay algo que me impactó mucho y es que los amigos lo visitaron el primer mes, pienso que es una parte fundamental de una persona joven, uno tiene su familia pero siempre hace falta el apoyo de sus amigos, sería bueno de pronto volver a su grupo de amigos que lo puedan volver ayudara esa reintegración social que necesita."</p> <p>EH:"lo activo y eficiente en tantas actividades que ahora no puede llevar a cabo o tal vez son más dificultosas y complejas. Dejar interacción social como antes-familia –amigos"</p> <p>EC "tenemos que enfrentarnos a nuevas situaciones, que estas son pruebas de vida, para evidenciar nuestra capacidad de superación"</p> <p>EF "La vida cambia y la estabilidad e independencia puede en un momento, de verdad, cambiar y surgir algo nuevo, inesperado"</p> <p>EI: "discapacidad sería un rol social. Persona que puede presentar cualquier tipo de limitación, ya sea física, mental o auditiva. Ejemplo sería: no realizar una marcha normal y presentar dificultad para desplazarse".</p> <p>EC "lo que él decía si, el sentimiento de angustia y la misma capacidad que él tenía de ir al baño y el ya no era capaz, todo lo que él dice, que él ya no es capaz de hacer las actividades que él hacia es que uno lo ve cuando uno esta con un paciente me da frustración, angustia, antes podía hacer cualquier cosa y ahora no, eso es como muy impactante cuando uno llega a atender a cualquier persona y le dice es que yo antes era capaz de hacer y ahora no soy capaz, no me gusta que tenga que llamar con una campanita o llamar para que vengan a auxiliarme en cierta actividad. Pierda la capacidad funcional y dependa de otra persona para hacer cualquier otra actividad"</p> <p>FC "es la limitación de poder realizar acciones que las personas dentro de sus facultades pueden realizar normalmente. Es una limitación no un impedimento"</p> <p>FA: "al fin y al cabo la vida sigue siendo la vida, simplemente cambia es el rol de la persona; no poder salir a rumbiar, ni ir al médico, no puedo hacer algunas actividades que la limitación no me va a poder permitir pero sin embargo puedo desarrollar capacidades y habilidades puede desarrollar...La persona con discapacidad tiene más tiempo para analizar que otras actividades puede desarrollar; hay personas que podemos caminar y no nos gusta la rumba. Es</p> |
|--|--|

| | |
|-----------------|--|
| | <p>eso, limita una actividad pero desarrolla otras.</p> <p>E3: "que es un joven que está empezando a vivir y se le presentó una situación adversa de la cual puede salir si pone de su parte".</p> <p>PX: "su actual condición física y emocional, limitan el desarrollo de sus actividades cotidianas".</p> <p>PZ: "aceptar su nueva condición"</p> <p>PU: "es un nuevo reto el que debe asumir,"</p> <p>PW:" en su entorno familiar (...) empieza a ser el centro de atención"</p> <p>PY: "siente que necesita la ayuda de los demás". " si supera el duelo que le genera esta situación"</p> <p>UM: "todos los objetivos y metas se cambiaron totalmente, empezar de cero en todo sentido...siempre hemos querido salir adelante y confieso que hemos hecho más de lo que hemos pensado o consideraríamos que sería capaz de hacer.</p> |
| SER DEPENDIENTE | <p>FC "Cuando una persona no es independiente difícilmente puede sentirse bien consigo mismo y con la sociedad, no es más fácil usted después de adulto. Yo pienso que esa es la mayor problema de muchos, no se sienten bien consigo mismo, son personas que no son independientes, necesitan de otros".</p> <p>D16 "limitación para ser independiente, "no poder desarrollarla como deseamos o por si solos".</p> <p>D16 "limitación para ser independiente en las actividades de la vida diaria...no poder hacer las cosas por si mismo. no poder realizarla como los demás".</p> <p>D4: "necesita ayuda para poder desenvolverse por si mismo."</p> <p>D3 "Ser dependiente".</p> <p>DG: "No poder llevar a cabo una actividad por si mismo o con ayudas externas."</p> <p>DH: "Que no tengamos los materiales o que no contemos con suficiente ayuda para realizar la actividad."</p> <p>PY: "Siente que necesita la ayuda de los demás"</p> <p>PZ: "Dependencia en actividades básicas de aseo"</p> <p>PW: "Para su madre quien por decirlo de alguna manera vuelve a tener a su hijo como un menor de edad."</p> <p>UI :."Son personas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan de los demás".</p> <p>PY:"después de ser una persona totalmente independiente, ahora siente que necesita la ayuda de los demás".</p> <p>D3: "le cambió la vida. Pasó de ser un joven independiente a ser un joven dependiente para la gran mayoría de sus actividades son limitadas después del accidente y su estado emocional es bajo constantemente".</p> <p>ED: "después de tener una vida, que tiene novia, que tiene amigos, que sale, que le gusta ir a cine y de un momento a otro quedarse uno en la cama y no poder caminar, no poder salir, que después de tanto tiempo cuando uno ya es independiente volverse dependiente y necesite que su familia, sobre todo su mamá, le ayuden a hacer sus actividades su aseo personal de un momento a otro volverse dependiente, como un niño".</p> <p>EC: "sí solamente cuando un se enferma o que le pasa algo, uno de una vez siente ciertas limitaciones, que no puede rendir de la misma manera y ya en ese caso que era que él podía hacer lo que quería sin necesidad de que alguien le ayudara y volver a retroceder y</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>mientras el asimila que con una recuperación, él puede llegar a ser la persona no en 100% que era antes, puede llegar a mantener y hacer algunas actividades que él nunca pensó que las podía hacer".</p> <p>E2 "después de ser una persona tan activa e independiente ahora por sus condiciones le toca ser dependiente y menos activo por la complicación para su traslado".</p> <p>E6: "porque de poseer una vida social y personal grande en la cual era independiente, paso a depender de ciertas personas, creando problemas en su autoestima".</p> <p>DC: "ahora no puede realizar las actividades de la vida diaria independiente. Además tuvo que dejar de hacer las cosas que le gustaban y no tiene el apoyo de amigos, ni del padre que falleció, ni de su novia".</p> <p>DD: "porque él antes llevaba una vida diferente en la que él hacía sus cosas sólo, no tenía que pedirle ayuda a nadie"</p> <p>DF: "porque ya no puede realizar sus actividades sociales y de la vida diaria a las cuales estaba acostumbrado".</p> <p>EF: "se pasa de un estado de vida normal con salud e independencia a depender de los demás"</p> <p>DG: "le cambio la vida puesto que ya no se puede valer por sí mismo y no puede realizar las actividades que antes realizaba".</p> <p>DH: "porque es algo que no se imaginaba que fuera a suceder".</p> <p>DI: "le cambió por completo la vida mas que todo emocionalmente, se siente como una persona inútil ya que depende de alguien"</p> <p>EE "pues ahora es dependiente y/o semidependiente en ciertas actividades que antes hacía libremente".</p> <p>EE "siente angustia para bañarse, eso implica que él no se siente bien, no ha asumido todavía su nueva vida"</p> <p>EC "el sentimiento de angustia y la misma capacidad que él tenía de ir al baño y él ya no era capaz, todo lo que él dice, que él ya no es capaz de hacer las actividades que él hacía es que uno lo ve cuando uno esta con un paciente me da rabia, frustración , angustia, antes podía hacer cualquier cosa y ahora no, eso es como muy impactante cuando uno llega a atender a cualquier persona y le dice es que yo antes era capaz de hacer y ahora no soy capaz, no me gusta que tenga que llamar con una campanita o llamar para que vengan a auxiliarme en cierta actividad. Pierda la capacidad funcional y dependa de otra persona para hacer cualquier otra actividad"</p> <p>EF: "ya no se cuenta con el mismo estado de independencia"</p> <p>EC: "hoy día tiene que estar al cuidado de otras personas y esperar su colaboración para realizarlas. Abstenernos de muchas cosas que no podemos , o sea que no hay como hacerlas"</p> <p>EK: "lleno de aspiraciones. Metas, un ser lleno de alegría a pasar a ser un joven con dependencia física"</p> <p>EF: "el como se pasa de un estado de vida normal con salud e independencia"</p> <p>ED: "después de uno estar bien de salud sin problemas, de repente todo cambia,"</p> <p>E7: El cambio drástico de su cuidado y de pasar de una persona totalmente independiente a hacer dependiente"</p> <p>E8: "el hecho de sentirse dependiente para realizar sus ABC que en algún momento y época de su vida los hacía con total independencia y hoy día le toca con ayuda".</p> <p>EG "de un momento a otro estar bien, pasar a ser una persona</p> |
|--|--|

| | |
|--------------------------|---|
| | dependiente |
| Estas personas se aíslan | <p>E3: "Su vida cambió la vida de su familia, amigos, novia, ya que él se alejó por su miedo a ser rechazado".</p> <p>E5: "el no querer salir de la casa ya que así se encuentra en esa situación no debe aislarse de la vida, de lo contrario debe aprender a disfrutar más de ella"</p> <p>D12" cuando está en la etapa inicial se siente impotente porque es un cambio inesperado y muy grande que va a cambiar sus vidas para siempre y por lo general están personas se aíslan"</p> <p>EE. " se encuentra en un estado de negación " y lleno de depresión y angustia. A1 " cambió el estado de ánimo ". J1. " limita ahora sus relaciones anteriores, consigo mismo y el entorno"</p> <p>EH "tuvo que dejar todas sus actividades sociales y nosotros somos obviamente el eje central de la sociedad y tener que dejarlas es difícil porque uno vive de su familia, la familia es la sociedad pequeña, de sus amigos, de su pareja"</p> |
| Relación con el entorno | <p>UM: "La falta de voluntad para la realización de objetivos y entre eso esta una frase que limitado es aquel que teniendo todo no puede hacer nada"</p> <p>D3 " factor limitante en nuestra calidad de vida"</p> <p>UM: "problema cultural sin lugar a dudas, muchas personas con discapacidad, han ayudado a que la sociedad siga pensando de esa manera cuando están en las calles en los semáforos pidiendo limosna, encuentran en la discapacidad"</p> <p>E4: "cambió la vida de su novia, sus compañeros de universidad, su familia, sus amigos".</p> <p>E5: "de forma indirecta cambió la vida de la mamá, ya que es algo nuevo para ella y que el dolor de un hijo es el dolor de la madre"</p> <p>E6: "cambió la vida de su familia y amigos, quienes desean estar junto a él en esta situación"</p> <p>E7: "cambió la vida de la familia pues se debe tener colaboración mutua"</p> <p>E8: "cambió la vida de él aparte de todos sus familiares y allegados ya que de ahora en adelante será otro...que estará con ellos pero íntimamente es el mismo, tan sólo que no hay aceptación total de lo sucedido".</p> <p>E2: "le cambió la vida a él, y la de casi toda su familia... terminó con su novia, luego a ella le cambió la vida, la de su madre quién ahora lo atiende, la de sus hermanos quiénes tienen que pasar más plata a la casa para el sustento de la mamá y de él".</p> <p>EE. "se encuentra en un estado de negación y lleno de depresión y angustia. A1 " cambió el estado de ánimo ". J1. " limita ahora sus relaciones anteriores, con sigo mismo y el entorno"</p> <p>EM "los papás tienen que estar mas más pendientes y sobre todo la mamá, uno de mamá mejor dicho, uno de mamá es el que tiene que cambiarlo, ayudarlo en todas sus actividades de la vida diaria".</p> <p>EÑ: "cambió la vida de su mamá</p> <p>EA: "cambió la vida de su mamá, ya que le tocaba ayudarlo a realizar las actividades que para él era imposible"</p> <p>EI: "va a necesitar de su madre para sus actividades básicas de la vida diaria, ella le va entregar más tiempo a su hijo."</p> <p>EC: "pasa a ser una persona dependiente de su madre, para realizar todas las ABC"</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>EM: "requiere mayor cuidado y atenciónpor la mamá"</p> <p>EI: "depende obviamente de la cultura, ya que muchas personas aíslan de actividades laborales y ocupacionales a estas personas"</p> <p>EE: " Además, es incierto de acuerdo a las oportunidades que la sociedad le puede ofrecer y lo que él decida".</p> <p>D14: "cambió la vida de su familia"</p> <p>D3: "nuestras vidas también cambian junto a la de él. La mamá debe dedicarle más tiempo y compartir con él su discapacidad. El apoyo familiar es primordial en la recuperación y tratamiento". D7: "cambió la vida de su familia, sobre todo de la madre"</p> <p>EA "la familia tiene que empezar a ver quien lo va a cuidar, que necesita ir al baño , quien lo va ayudar si pesa mucho, de pronto las hermanas que lo ayudaran a subirse a la cama y a bañarse".</p> <p>"EE "Dedicarle el tiempo que tenía la familia antes pero también ahora dividir el tiempo entre los cuidados de el y la familia"</p> <p>"principalmente a la familia, el primer núcleo que se va a ver afectado, el depende ya de ellos".</p> <p>EM" le cambia la vida más que todo es a los padres, también creo que le cambia la forma de pensar antes le daban más independencia, ya saben quien era, ya saben que hacía pero, ahora por la limitación funcional que tiene los papás tienen que estar mas apegados a él,</p> <p>EF "cambió la vida de toda su familia y parientes más cercanos", porque sin querer todos se deben adaptar a las nuevas condiciones"</p> <p>ED: la familia ahora tiene que cuidarlo, ayudarlo a algunas actividades"</p> <p>EM: ,pero se requiere de mayor cuidado y atención por parte de la familia".</p> <p>D14: "la vida de sus amigos y de su novia ya que todos tienen que saber convivir con él, con su recuperación sabiéndolo entender, llevándolo a un mejor progreso".</p> <p>D7: "cambió la vida de sus compañeros y la de su novia "por que era el líder del grupo".</p> <p>EE"si a un compañero o a un amigo le llega a pasar eso también le cambia a uno la vida por estar sometido a ciertas rutinas es como parte de la vida, asumir que ya no va a estar en ese plan. Uno siempre va a recordar a esa persona y va a pensar en esa persona él era si, tal cosa, era especial, activo, estudioso y ahora ya no."</p> <p>ED: "cambió la vida de sus amigos, novia, ya que él no podría realizar las mismas actividades que realizaba con ellos antes".</p> <p>EI: "cambia la vida de personas que se encuentran alrededor",</p> <p>EG: "son las personas que están cerca de el quien tienen que atenderle, sacar parte del tiempo que comúnmente estaba destinado a otras cosas para asistirle".</p> <p>EE: "para aquellos que lo rodean, cambia su vida".</p> <p>EJ: " de alguna manera todos estamos correlacionados con todos y todos sentimos y vivimos el cambio de otro"</p> <p>FC: "falta de compromiso tal vez con la familia, yo veo eso básicamente por la necesidad misma. Los chicos tienen muy poca edad y con buen nivel cognitivo, pero para la familia es muy complicado traerlos al colegio. Incluso la mayoría no tienen una buena alimentación. Las familias no son constituidas, las madres son cabezas de hogar. Normalmente hay sectores donde la madre es cabeza de hogar, acá la crisis social repercute con más fuerza en</p> |
|--|---|

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>la familia. Eso llega a los jóvenes, que tienen una mentalidad más madura, los deseos de esperanza los pueden tener pero se pueden quebrar en cualquier momento. La inseguridad, es muy fuerte, los mismos niños que crecen en ese ambiente y una persona con discapacidad es doblemente inestable. Una persona acá tiene que mostrarse dura de carácter, que no se vayan a aprovechar de él. De la supervivencia del fuerte como parte de esa problemática social, eso es fácil de palpar, sobre todo cuando están en grupos como acá llaman el parche, en grupos muestran otra personalidad, pero individualmente, cuando uno conversa con ellos, para mí son como niños con una apariencia física de un adulto, se han saltado etapas de la niñez. Este es un ambiente que esta doblemente agravado por esa situación de la problemática social, donde seguramente para personas con discapacidad será más difícil ver posibilidades, su desarrollo afectado por esa situación. Considero más duro cuando quedan así luego de haber sido normal. Duro por superar lo psicológico, por el cambio, si no superan eso es difícil continuar. Diferente es cuando nacieron así y siempre están en silla de ruedas. La experiencia de Eduardo, siempre con el deseo de salir adelante esta en el grupo de natación, busca opciones para desarrollarse como persona. Me gusta hablar mucho con ellos por que en su vida esas cosas no las hacían. Cada persona es un mundo diferente, yo converso con ellos y están en esa etapa. Me conlleva a buscar personas para que vean las personas como se superan. Los traje y ellos dieron su testimonio, conocí otro sociólogo, hicimos un taller con el, también una invidente. Han logrado su independencia en la vida familiar y laboral”</p> |
| rechazo- discriminación | <p>UM: “En la sociedad en general todavía falta una cultura de qué es la discapacidad, cómo se debe manejar la discapacidad porque en muchos casos ven a una persona con discapacidad y le da como pobrecito, mire que le falta una pierna, mire que él es invidente, mire que él tan joven y anda en una silla de ruedas; en pocas palabras, no se ve más allá, se le demerita las capacidades que tiene y todas las oportunidades que puede llegar a tener”.</p> <p>D1”existe rechazo en la sociedad...cierre de oportunidades para desempeñarse laboralmente. Son un estorbo para la sociedad. Piensan que son personas inútiles” ,</p> <p>D9”no pueden desempeñar ninguna actividad laboral” , “D3 “no sirven para nada”</p> <p>D11 “existen barreras sociales y estructurales”,</p> <p>D7 “se les dicen malas palabras y se les hace burlas y crear disgustos”</p> <p>D12 “se les dice paralíticos, bobos, tontos, todas aquellas frases que denigran a una persona”</p> <p>D2 “cuando van a buscar empleo los miran mal y a veces ni siquiera los atienden.”</p> <p>D11 “las escaleras se constituyen en barreras, faltan cosas en diferentes lugares para la discapacidad”.</p> <p>D9” la sociedad actual no es conciente y no acepta que son personas que a pesar de la limitación corporal, tienen habilidades y capacidades que poseen”</p> <p>D10” hay personas que no asimilan, no son tolerantes, y se discriminan entre si por alguna discapacidad (amputación). Se les</p> |

| | |
|-----------------|---|
| | <p>llama por apodos”.</p> <p>D3”hace falta concientizar y sensibilizar a las sociedades en que vivimos”</p> <p>D7 “se maneja mucha indiferencia puesto que nuestra sociedad no ha tomado muy en serio el tema de la discapacidad”.</p> <p>EE ”tampoco se puede decir que él cumplió todos sus sueños, con una vida alterada, tenemos que ser realistas y es que la sociedad es muy dura con una persona como nosotros mas con una persona, acá se tiene una concepción de las personas discapacitadas como que no pueden ejercer, no pueden funcionar, no tienen los recursos adecuados para un trabajo, por ejemplo, depende mucho de la actitud que él tome y de los que le rodean. Decir que él va a poder ejercer su profesión, difícil.</p> |
| sobreprotección | <p>UM: “Sobreprotección por la familia en algunos casos queriendo hacer lo mejor posible por él, resultan es haciendo un daño porque no dejan que el recobre su independencia y como base está, desde un comienzo se deben empezar a hacer las cosas mínimas, para ir adquiriendo la capacidad, la destreza; por ejemplo: algo tan sencillo como vestirse, hay que orientarlo y que el mismo sea muy independiente que eso le da un sentido mayor a la vida”.</p> <p>D11: “porque generalmente la familia es sobreprotectora”.</p> <p>D13: “no se preocupan por ellos”</p> |
| Aceptación | <p>D6”pienso que son vidas las que tengo al frente”</p> <p>D1”para mí, ante todo son seres humanos”.</p> <p>D12 “las personas con discapacidad física sienten como cualquier otro”.</p> <p>D1 “merecen respeto, comprensión, y aceptación”.</p> <p>D6”En realidad el ver un paciente con esta discapacidad no me inspira ni tristeza, ni lástima porque yo veo que ella tiene muchas capacidades”.</p> <p>D1 “A pesar de la incapacidad física y motora son personas normales que sienten como cualquier otra”.</p> <p>D2: “no importa la discapacidad. Lo importante es que es un ser humano igual a todos nosotros”.</p> <p>D3 “puede existir limitación mental, social, que llevan a la depresión”.</p> <p>D4: “Tiene limitación pero es normal”.</p> <p>D7: la persona con discapacidad es normal pero, en su parte funcional no, pero sí es un ser humano que se debe tratar como tal”</p> <p>.</p> <p>D11: “todo depende del compromiso que tenga, pero si tiene una esfera mental normal tiene las capacidades para llevar una vida común y corriente”.</p> <p>D12:.”lo que pasa es que tiene una limitación a nivel neurológico o motor, pero es normal, porque es una persona que siente, se pone feliz o triste como nos pasa a todos”.</p> <p>D15: “los discapacitados realizan una actividad de manera diferente”.</p> <p>D3 “con esfuerzo personal puede salir adelante”</p> <p>D7 “deben esforzarse al máximo y así podrán salir adelante”.</p> <p>D6 “requiere esfuerzo personal para ser más independiente”</p> <p>PU: necesita superación de las dificultades. Todos estamos expuestos a una discapacidad, sólo depende de nosotros que tan grande sea. Se que para lograrlo se necesita pasar por todos los</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>duelos y no es fácil, sólo cada quien sabe si quiere o no superarlo. El futuro, sólo depende de la actitud y disponibilidad de cada quien para salir adelante, seguir siendo líder, dar ejemplo de superación, seguir estudiando, rehabilitarse, ser lo más funcional posible, amar y enseñar a otros. O por el contrario ser un minusválido que quiere depender emocionalmente de otros y hacerse esclavo de si mismo”</p> <p>EE “él no se siente bien, no ha asumido todavía su nueva vida, no la ha aceptado por completo y eso ha afectado todo, la angustia que él siente y que puede estarle cerrando puertas hacia otros campos El futuro depende de muchos factores, en especial de la visión y actitud que él tome, toda esa actitud de cómo vea su situación va a influenciar en su futuro, si sigue en esa actitud y de las que lo rodean, de sobreprotección, pues no va hacer positivo, pero si él cambia la manera de hacer las cosas”.</p> <p>ED “en el futuro son básicos sus estados de ánimo porque así como uno que es normal tiene sus días malos, una persona después de haber estado bien y ahora va a tener estados de ánimo no muy estables, un día puede estar bien, otro día pensar por qué me paso esto a mi...son cosas que de pronto también influyen en esas personas.”</p> <p>EÑ: “quizás pueda pertenecer a un quipo de deporte para que así siga practicando algún deporte, y así tener un mejor desempeño deportivo”.</p> <p>EJ: “ tiene todas las posibilidades para llevar una vida feliz”</p> <p>EH:”requiere tiempo para su adaptación y motivación para su vida...de igual forma conserva su potencial intelectual, sentimental, que constituye la base para recuperarse físicamente”.</p> <p>EF: “Primero debe pasar el duelo y aceptar que aún vive, y que debe aceptarse tal como es y salir adelante sabiendo que solo sin ayuda no podrá hacerlo”.</p> <p>EE: "su futuro será negativo si su actitud y la que los rodea es negativa...además, es incierto de acuerdo a las oportunidades que la sociedad le puede ofrecer y lo que él decida”.</p> <p>EC: “con las habilidades que conserva, podría llegar a hacer todo aquello, que pensó que nunca lo volvería a realizar, por que la capacidad de superación se ha visto en experiencias de vida”</p> <p>EM: “ debe continuar en un avance positivo para que haya una integración a la vida social; en sus estudios y posibles trabajos”</p> <p>EJ: “finalmente la solución está en sus manos”</p> <p>EA: “Si él recibiera un consejo o la ayuda de alguien, él podría salir de ese estado en el que se encuentra, entonces, si el continúa con esa manera de pensar y actuar nunca saldrá de su casa y no progresará y seguirá dependiendo de su mamá o de alguien para que le realice las actividades”</p> <p>EK: “es una persona que siente, piensa y además inteligente, por tanto si se le brinda apoyo podrá seguir luchando por sus sueños, seguir con sus estudios ya que un ser discapacitado tiene derechos de salir adelante”</p> <p>EI: “El futuro depende del grado de aceptación y motivación por parte de él mismo, y obviamente de la cultura, ya que muchas personas aíslan de actividades laborales y ocupacionales a estas personas y esto limita sus capacidades, dando como resultado un futuro con aislamiento de las otras personas”.</p> <p>EG: “necesita el apoyo de un equipo que involucre fisioterapeuta,</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>psicólogo y seres queridos para que en un futuro su proceso de rehabilitación sea satisfactorio".</p> <p>EF: "salir adelante sabiendo que sólo sin ayuda no podrá hacerlo.</p> <p>ED: "Un futuro con su familia, amigos, con bajos y altos estados de ánimo, luchando para salir adelante, mejorando en sus terapias, progresando cada vez más".</p> <p>EM" Primero le trabajaría la parte psicológica, el ayudarlo a aceptarse tal y como es, el ayudarlo a que se quiera"</p> <p>EN "trabajaría más la parte de dejar la negación y no apartarse de la sociedad, integrarse. Puede salir de la negación y rechazo que tiene. De dejar de estar escondido de que la sociedad no lo vaya a ver. Debe cambiar su forma de ver las cosas,"</p> <p>EI:"motivación para llevarlo a creer que él es capaz de realizar las cosas, paciencia para enseñarle deporte del grupo de salud y sus seres queridos, y no volverlo dependiente completamente"</p> <p>EC: "Integración de un grupo de personas que tengan sus mismos problemas, para que estas experiencias de vida y de superación le sirva, para su diario vivir."</p> <p>EE "debe aceptar las condiciones que la vida misma le impone, así como él pasó de una vida con un estado de salud normal paso a ser una persona discapacitada, lo mismo sucede con las personas que son ricas y pasan a una condición de pobres tienen que aceptarse tal como son actualmente. Pienso que las personas discapacitadas inmediatamente les sucede el accidente deben reconocer y aceptar lo que son ahora".</p> |
|--|--|

EJE TEMÁTICO: SENTIR

| PRECATEGORIA | TESTIMONIOS |
|-----------------------|---|
| Valoración de la vida | <p>E5: "en la vida nada es seguro, sólo la muerte y que debemos saber lo que vamos hacer para mirar las consecuencias que ésta nos puede dar".</p> <p>P7: "nadie esta exento de nada pero nunca pensamos en estar en cierta posición".</p> <p>EF "después de aceptarlo todos podemos estar de acuerdo en que debe ayudarse a la persona debemos valorar la vida más; valorar el diario vivir ahí encierra todo."</p> <p>ED" Uno tiene que disfrutar el momento, disfrutar hoy y mañana haber que pasa...tal vez por eso es bueno disfrutar cada momento...Un sentimiento de agradecimiento hacia Dios por lo que tenemos, por la vida, que es como el presente, de pronto no sabemos que pueda pasar mañana pero siempre es agradecer lo que tenemos".</p> <p>EF "Pienso que uno tiene que valorar mucho las personas allegadas, saber que uno puede contar con ellas. Valorar más la vida"</p> <p>EC "considero que no somos dueños de nuestro destino"</p> <p>ED: "creo que dios le da a uno esta prueba por algo, tal vez, le da a uno la enseñanza de valorar más la vida"</p> <p>DB: "relacionarme con los discapacitados me genera mucha comprensión y deseos de aprender a valorar lo que tenemos y cuidarlo al máximo".</p> <p>EB "También sentimiento de agradecimiento a Dios por lo que tenemos"</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>. Creo que Dios le da a uno esta prueba por algo, tal vez, le da a uno la enseñanza de valorar más la vida".</p> <p>EH: "es difícil que nosotros de un momento a otro tengamos que hacer cosas diferentes".</p> <p>ED: "uno no sabe en que momento le puede cambiar la vida".</p> <p>EM: "siendo una persona joven, y viendo que su esfera mental no esta comprometida, si conserva el entusiasmo puede seguir adelante".</p> |
| APOYO Y MOTIVACIÓN | <p>D17"son personas que con la ayuda adecuada salen adelante"</p> <p>D3 "con apoyo familiar y social... puede mejorar".</p> <p>D3 "con la ayuda de la gente que habita a su alrededor.</p> <p>D3 "el apoyo familiar es primordial en la recuperación y tratamiento".</p> <p>D17" hay que comprender que son personas que con la ayuda adecuada pueden llegar muy lejos"</p> <p>D4 "sentí la necesidad de ayudarla en todo lo que pudiera para que así llegara a ser un poco independiente en las actividades básicas "</p> <p>E3:"Impotencia, deseos de ayudarlo a subir la autoestima, brindarle cariño".</p> <p>E6: "deseos de ayudar y desconcierto"</p> <p>E2:" "Ánimo para ayudarlo a salir adelante y no dejarle pesares. Superación."</p> <p>E3: "deseos de ayudarlo a subir la autoestima"</p> <p>E6: "deseos de ayudar"</p> <p>EH2 "desafortunadamente la percepción y sentimientos ahora son diferentes pero no de lástima, quizá ahora necesita más de su familia para realizar actividades, más apoyo y motivación para aceptar tal cambio. Ser incondicionales y restablecer de alguna manera su independencia." tolerancia, paciencia y motivación para ayudar a esta persona superar no sólo sus limitaciones físicas sino su aspecto psicológico. En realidad uno siente como que nunca estuvo ahí incondicional y como que ahora siente un compromiso con esa persona de no quiere tener ninguna falla con el porque no se lo merece, es difícil"</p> <p>J2 "la gran necesidad de apoyo que requiere para este cambio, principalmente emocional".</p> <p>PW:"ponerme en su posición me motiva a hacer muchas cosas para ayudarlo".</p> <p>FA:"colaboración y apoyo en su rehabilitación y el acompañamiento en su nuevo rol"</p> <p>"aconsejarlo y brindarle mis servicios como fisioterapeuta.</p> <p>E3. "hay que brindarle cariño"</p> <p>DF: "requiere tolerancia, comprensión, respeto y cariño. En estos casos se debe apoyar muchísimo"</p> |
| PESAR COMPASIÓN Y TRISTEZA | <p>PMT: siento pesar. Pero, siendo una persona joven, y viendo que su esfera mental no está comprometida, y si conserva el entusiasmo puede seguir adelante.</p> <p>EG "los ideales se vieron truncados debido al accidente."</p> <p>EM "la discapacidad genera frustración, angustia; si yo estuviera en ese momento como esa persona, yo pensaría que los demás pensarían que pobrecito, uno piensa mucho en las palabras diminutivas. Saber que uno hoy estoy y el día de mañana que me de algo y que ya no pueda hacer las actividades de la misma forma y con el mismo rendimiento. Frustración porque se pasa en un abrir y cerrar de ojos,</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>de estar bien, a quedar limitado para hacer las actividades que uno hacía antes".</p> <p>PY: "Después de ser una persona totalmente independiente, ahora siento que necesita la ayuda de los demás"</p> <p>EF "siempre se va a sentir lástima por el ser. Ganas de ayudarlo"</p> <p>PW: tristeza por la cercanía con Daniel y por pensar que estaría sintiendo si estuviera en su lugar, pero a la vez ponerme en su posición me motiva a hacer muchas cosas para ayudarlo.</p> <p>PX : "la desafortunada situación, me produce tristeza"</p> <p>PY: "siento desesperanza"</p> <p>E2 "sentimientos de Nostalgia. También ánimos para ayudarlo a salir adelante y no dejarle pesares. Superación".</p> <p>E8: se genera dolor, desilusión, tristeza e impotencia ante la situación vivencial que ahora toca afrontar como la realidad total de las cosas pues, nadie esta exento de nada pero, nunca pensamos que podemos llegar a una situación así,</p> <p>D14: "Un poco de tristeza pero a la vez ganas de seguir luchando de no acabar esa esperanza de poder recuperar y tratar de ser como antes".</p> <p>D3: "por un lado se generan sentimientos de tristeza y depresión principalmente por ser un joven que tiene similitud con mi edad. Pienso y trato de ponerme en su situación y por otro lado se generan sentimientos de ayuda y colaboración para mejorar sus condiciones de vida".</p> <p>E8: "desilusión, tristeza"</p> <p>EM. "A mi si me generó tristeza, por la situación, ya es como muy difícil volver uno a ser como antes. El giro que tiene la vida en ese momento. El mundo es fuerte y saber que uno necesita las cuatro extremidades para poder salir adelante, es algo como tristeza, algo que uno no sabe ni como describir"</p> <p>PX:" Tristeza",</p> <p>PMT: "Pesar"</p> <p>DC: "Tristeza, ya que me pongo en el lugar de él, porque se que él en estos momentos se siente muy deprimido".</p> <p>DD: "la tristeza porque ya no comparte con sus amigos.- impotencia porque no puede hacer nada por sus propios medios".</p> |
| <p>INCERTIDUMBRE Y ANGUSTIA</p> | <p>PZ: "Incertidumbre, angustia".</p> <p>PX : "angustia, confusión, incertidumbre".</p> <p>MY: "angustia".</p> <p>E4: "La angustia de no tener la misma independencia (en todo sentido) que tenía antes"</p> <p>E4: "Angustia, "</p> <p>EE. "se encuentra en un estado de negación y lleno de depresión y angustia.</p> <p>EK: "lleno de depresión y angustia"</p> <p>EG: "fue un impacto demasiado fuerte para soportarlo"</p> <p>D7: "se siente angustia, por lo qué deparará el futuro"</p> <p>ED : " produce angustia de saber que en un momento uno está bien y uno no sabe que va a pasar mañana uno puede quedar inválido, en silla de ruedas. Como decían mis compañeras de pronto de pensar que a uno le pueda pasar una situación muy parecida. Creo que miedo de que uno sienta que le pueda pasar algo similar".</p> <p>DE: "Dolor y angustia de saber que esto nos puede ocurrir en cualquier momento y solo el saber lo que esta sintiendo el da angustia y ganas de</p> |

| | |
|------------|---|
| | <p>apoyarlo y animarlo” PZ: “Incertidumbre, PX: “confusión, incertidumbre”. EE” incertidumbre, de qué va a pasar con esta persona, que se podría hacer en cada caso, no se da cuenta en que momento lo esta sobreprotegiendo, cual va a ser la actitud de la sociedad con él”. EE “ una cosa es que la persona que lo rodea como puede colaborarle y otra cosa es la sociedad y qué es lo que pueda pasar con ella si quiera vincularse nuevamente”</p> |
| IMPOTENCIA | <p>D12” cuando está en la etapa inicial se siente impotente porque es un cambio inesperado y muy grande que va a cambiar sus vidas para siempre y por lo general están personas se aíslan”. E3: Impotencia, rabia, deseos de ayudarlo a subir la autoestima, brindarle cariño.</p> |
| ACEPTACIÓN | <p>E7: “resignación y valentía pues se debe aceptar la nueva situación y lograr nuevos objetivos y metas para salir adelante, tanto en lo personal como en lo social”. E6: Ante la discapacidad se requiere resignación. Aceptar la nueva situación y lograr nuevos objetivos y metas para salir adelante tanto en lo personal como social”</p> |
| COMPROMISO | <p>D6” pienso que no puedo pasar con mediocridad porque hoy sólo estoy de observador, pero muy pronto tendré un paciente al frente míó... el compromiso es muy grande” PU: Cada día casos como estos, más que impactarme, me concientizan de la fragilidad del ser humano, de que estamos expuestos a sufrir cambios drásticos en nuestras vidas, y que mientras podemos compartir con otros estas experiencias, aprenderemos de ellos la fortaleza de espíritu.</p> |

EJE TEMÁTICO: QUERER SER

| PRECATEGORIA | TESTIMONIO |
|----------------------|--|
| TRATAMIENTO INTEGRAL | <p>D17”Con un tratamiento optimo logran llegar muy lejos”. D7 “trabajar con el grupo interdisciplinario para alcanzar su máxima recuperación (el médico, el fisioterapeuta, entre otros). D3”psicólogos y Terapeutas Ocupacionales los cuales intervienen también de manera activa en el tratamiento de rehabilitación”. D7” respetar cada una de las indicaciones dadas tanto por el médico como el fisioterapeuta” no exceder los tratamientos asignados ni tampoco no aplicarlos” D14”recobrar los movimientos posibles... con un buen tratamiento se puede mejorar volviéndose más fuerte con el fin de salir adelante”. E5: “sí ha recibido un adecuado tratamiento y él ha colocado todo de su parte la secuela que le quedaría sería mínima, permitiendo ser más funcional en las actividades de la vida diaria. Yo pienso, que puede salir adelante junto con las personas mas allegadas, continuar un tratamiento y tomar una actitud positiva para su vida y que esa forma lo irradie a los demás. EA: “terapia psicológica como apoyo tanto para él y su familia”</p> |

| | |
|---|---|
| <p>NO ACABAR LA ESPERANZA</p> | <p>D14"seguir luchando, no acabar esa esperanza de poder recuperar y tratar de ser como antes. Tratar de recobrar los movimientos posibles teniendo fe y esperanza en la gracia de Dios" .</p> <p>E4: Qué puede lograr muchas cosas, sólo si él con la ayuda de Dios se lo propone"</p> <p>E5: "sí ha recibido un adecuado tratamiento y él ha colocado todo de su parte la secuela que le quedaría sería mínima, permitiendo ser más funcional en las actividades de la vida diaria".</p> <p>E6: "concientizarlo de que de continuar así, va a arruinar su vida, con inseguridades, temores y rencores. Yo pienso, que puede salir adelante junto con las personas mas allegadas, continuar un tratamiento y tomar una actitud positiva para su vida y que esa forma lo irradie a los demás".</p> <p>PU:" la superación, sólo depende de nosotros, que tan grande sea" "es un nuevo reto el que debe asumir, afortunadamente es una lesión que con un adecuado tratamiento y disponibilidad del parte del paciente, dejará mínimas secuelas".</p> |
| <p>ASISTIR A FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL</p> | <p>D1"la fisioterapia le ayuda a mejorar el estado físico y motor Se puede hacer mucho por un paciente que tiene la esfera mental completa. "los fisioterapeutas evitamos alteraciones mayores".</p> <p>D3 "si quiere mejorar su estado físico por ningún motivo debe suspender el tratamiento fisioterapéutico, debe realizar...ejercicios diariamente"</p> <p>D7" seguir las indicaciones dadas...no exceder los tratamientos asignados ni tampoco no aplicarlos",</p> <p>E7: "sólo con una terapia a la semana no es suficiente para lograr mayor independencia y ver posibles adelantos".</p> <p>E8 : "debe ir adquiriendo la destreza y /o habilidad poco a poco y sin acelerarse. Empezar por realizar ejercicios que le ayuden a ganar las diferentes etapas del control motor, poco a poco ir buscando o acondicionándole tipos de adaptaciones como mesas, sillas, barras donde pueda ir avanzando su fuerza y estabilidad, de igual manera desarrollar destreza desde la posición de prono sobre codos para crear independencia así sea logrando las acciones, con el arrastre pero empezar poco a poco y por algo"</p> <p>E3: "realizar fisioterapia, manejo de psicología y terapia ocupacional conjuntamente para hacerle ver que él es una persona joven con futuro y que puede lograr sus metas".</p> <p>ED: "Fortalecimiento músculos que no están afectados."</p> <p>EC: "continuar con actividades físicas"</p> <p>D3:"debe asistir a tratamiento fisioterapéutico y pedir si es posible más de una sesión semanal y si no es posible que por sí mismo o con ayuda de la gente que habita a su alrededor realice los ejercicios diariamente para mejorar su calidad de vida. También que pida ayuda de psicólogos y terapeuta ocupacionales. Los cuales intervienen también de manera activa en el tratamiento d rehabilitación".</p> <p>D7: "respetar cada una de las indicaciones dadas por el médico y por el fisioterapeuta "no exceder los tratamientos asignados ni tampoco no aplicarlos. Seguir hacia delante porque la vida sólo se acaba cuando morimos".</p> <p>EK: "Enseñar cómo realizar traslados. Brindar enseñanza acerca de la rehabilitación"</p> <p>EJ: debe aprovechar la asesoría de fisioterapia y medicina para realizar todas las actividades de la vida diaria de acuerdo a su funcionalidad residual.</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>EG: "Primero que todo asesorarse de un fisioterapeuta para que el le indique las respectivas modificaciones que puede realizar a su hogar "</p> <p>EF: "recibir las recomendaciones de un terapeuta y los medios más comunes que debe necesitar en casa para así poder tener un mejor pronóstico, también no dejar de asistir a terapia física".</p> <p>D6"porque me motiva a aprender más y a investigar"; saber "cómo se realiza un tratamiento adecuado"</p> <p>D13"en nuestra vida diaria siempre estaremos con gente con problemas y tenemos que aprender a actuar" "Cada persona necesita un tratamiento diferente".</p> <p>D16"pensar en los retos tan grandes que se deben superar"</p> <p>E3: "involucrar el hemicuerpo afectado en las AVD".</p> <p>E4: "intentar hasta que el pueda ser independiente en varias AVD para eliminar la angustia que le ocasiona sentirse una carga".</p> <p>E6: "tomar en cuenta cada capacidad que conserva o que va recuperando y que lo explote, porque de cada actividad independiente que realice va a permitir un alza en su autoestima, además, la perspectiva que tiene los demás va a cambiar y no le va a restringir las actividades".</p> <p>EK: "Orientación, comunicación constante, clara sobre que aspectos se deben dar a conocer sobre el manejo de un paciente con hemiplejía. Enseñar como realizar traslados. Brindar enseñanza acerca de la rehabilitación. Educación a la familia".</p> |
| <p>PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA</p> | <p>D7" pero sé que con nuestra ayuda y con el grupo interdisciplinario podrá alcanzar su máxima recuperación".</p> <p>D13" lo mejor de esta profesión es ayudar a los niños y adultos y a toda clase de personas a mejorar su vida y a ser más útiles a la sociedad"</p> <p>D2 "saber lo lindo y satisfactorio que será nuestra carrera en un futuro".</p> <p>D1"como fisioterapeuta puedo ayudar a mejorar el estado físico y motor de muchas personas"</p> <p>D16 "me hace pensar todo lo que se puede hacer por un paciente que tiene la esfera mental completa" "no podemos decir pobrecito ¡que pesar! Si no proyectarnos y pensar en brindarle lo mejor para evitar alteraciones mayores".</p> <p>D16"pensar en los retos tan grandes que se deben superar".</p> <p>D1"me sentí feliz de poder compartir con personas discapacitadas".</p> |
| <p>SABER CONVIVIR CON EL</p> | <p>D6 "antes había más rechazo, pero actualmente la sociedad se ha concientizado y ofrece ayuda y oportunidades".</p> <p>E8: "es un futuro lento pero puede llegar a ser progresivo siempre y cuando se le brinde la estabilidad el afecto familiar y/ o social y el apoyo necesario para que supere esta caída en su vida, y empiece de ceros sin obstáculos ni limitaciones tanto personales como familiares".</p> <p>E2: "si tiene apoyo familiar, y el deseo de salir adelante, así como los recursos económicos, podrá tener buen pronostico"</p> <p>EC "También que él entre a grupos de personas con discapacidad, ya sea deportistas o que tienen diferentes lesiones pero que las han podido superar. Las experiencias de vida le servirían para superarse".</p> <p>ED: "Ingresar a grupos de discapacitados".</p> <p>D14" todos tienen que saber convivir y comprender a las personas con discapacidad, inclusive saber convivir con su recuperación".</p> <p>EÑ: seguir adelante con lo que pueda realizar. "ser más independiente para realizar las AVD.</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>EA: "tratar de realizar actividades por él mismo y salir de la casa para lograr integración social, o por otro lado que realizará con más entusiasmo sus terapias para que salga adelante".</p> <p>EI: "no volverlo dependiente completamente."</p> <p>EE: "Cambiar su actitud y visión, y así podría realizar sus A.V.D. de mejor forma, pues por ejemplo bañarse lo podría realizar sin depender de su familia."</p> <p>EA: "salir de la casa para lograr integración social"</p> <p>EM: "Integrarse a la vida social"</p> |
| <p>HACER ADAPTACIONES</p> | <p>EM "el tratamiento debiera ser como más integral, hacer adaptaciones en su sitio, en su casa para ser más funcional, para aprender a realizar diferentes actividades de la vida diaria que se le están dificultando. "</p> <p>Hacer unas modificaciones para que pueda desplazarse y para que se pueda desempeñar mejor, arreglar el baño para que no tenga nadie que ayudarlo y para que él mismo empiece a sentirse más funcional. Realizar adaptaciones a su ambiente, adaptaciones que llevan a que él tenga cierto grado de independencia"</p> <p>EH "hacer las adaptaciones al medio".</p> <p>EE:"Realizar adaptaciones a su ambiente".</p> <p>EF: "También mejorar o realizar adaptaciones en casa para una mejor calidad de vida".</p> <p>ED: "Hacer aditamentos en su hogar".</p> <p>EC: "realizar aditamentos para su hogar, para proporcionarle una mayor participación al realizar sus A.B.C."</p> <p>EM: "hacer adaptaciones en casa para que pueda circular la silla de ruedas. Hacer barras de entrenamiento en la casa"</p> <p>E7: "le explicaría a grandes rasgos la lesión y las posibles soluciones con ayudas externas como correas etc. Para que no recurra tanto al apoyo de su mamá o persona que lo cuida".</p> <p>EB" sería muy importante una asesoría para su familia como para él de modo de pronto de una organización o dentro de su casa que le permita desplazarse a él sólo para que no se sienta tan dependiente, por ejemplo, en el baño barandas o algo que le permita a el hacer por el mismo"</p> <p>EG "Hacer adaptaciones en el hogar con el fin de hacer más accesible y confortable las A.V.D. Utilizar las muletas con el fin de dar mayor estabilidad durante los desplazamientos, practicando los diferentes tipos de marcha".</p> |

ANEXO D: CATEGORIZACIÓN EN TORNO AL SER DE LA DISCAPACIDAD

CATEGORÍA: LA DISCAPACIDAD ES UNA ALTERACIÓN BIOLÓGICA DEL CUERPO HUMANO

Subcategoría: “es una pérdida total o parcial de la capacidad funcional de ser humano”

La mayoría de estudiantes, docentes, usuarios con o sin discapacidad, familiares y cuidadores asumen la discapacidad como *“pérdida total o parcial de la capacidad funcional del ser humano”*, se refiere la discapacidad a la “incapacidad para realizar las cosas perfectamente”. Es “aquel proceso o momento en el cual me siento no apto para realizar una actividad” o dicho de otra manera tener “dificultad” o “imposibilidad para realizar las actividades de la vida diaria normalmente”; o “cuando una persona tiene alguna dificultad en su vida y no puede ser totalmente funcional”. Para casi la totalidad de los participantes la limitación de la actividad es “no poder desarrollarla como deseamos”, así como la “pérdida de la función para realizar ciertas actividades” es limitación de la actividad y viceversa, ésta es algo que “impide realizar una acción”; es el “punto en el cual termina o es imposible continuar con dicha actividad”, lo que “impide su buen desempeño con el entorno”.

Para la familia “son personas que no pueden hacer algo”, “es un impedimento que no nos deja actuar como seres normales”, pero alguien aclara que “es la limitación para poder realizar acciones que las personas dentro de sus facultades pueden realizar normalmente, se asocia la discapacidad a la persona “que no puede desarrollar una actividad de manera hábil y con destreza”.

Para las docentes la discapacidad “es limitaciones de la persona para la realización de ciertas actividades”. Esta puede ser “visual, física, psicológica, hasta una persona que este en la calle que por trastornos psicológicos no se ha incorporado a la sociedad es un discapacitado”; “es una limitación para realizar con habilidad las actividades que venía desempeñando”. También una persona con discapacidad lo plantea así: “son las personas que no pueden realizar algo como una persona normal, como por ejemplo la que no puede hablar, la que no ve , el que no camina. Del mismo modo, dice un estudiante que es “la limitación para realizar un movimiento, una actividad, un adecuado desempeño a las actividades de la vida diaria”, de la misma forma un estudiante considera que “la discapacidad es un factor limitante en nuestra calidad de vida”. Otro plantea que es la “ausencia de alguna capacidad motora o neurológica para llevar a cabo las funciones del diario vivir por quedar “cuadruplégicas , parapléjicas, y diplégicas o, como es el

caso de Luís Fernando Montoya (extécnico del deportivo Caldas) que quedó incapacitado para caminar”

Subcategoría: “alteración que tiene una persona en cualquier parte de su cuerpo”

Casi la mitad de los profesores, estudiantes y usuarios con o sin discapacidad, familiares y cuidadores plantean que discapacidad es la “alteración que tiene una persona en cualquier parte de su cuerpo”, a causa de una patología que deteriora las funciones corporales. Para los estudiantes, es la “ausencia de alguna capacidad motora o neurológica que como se da en un trauma raquimedular, también por “enfermedad cerebro vascular”, trauma craneoencefálico”, por “amputación de miembros inferiores”, “Guillain Barré”, o niños con “síndrome de Down”, o un deportista “con lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla o “una persona que tuvo un accidente automovilístico y tuvo lesión medular de c7

Los docentes se describen la discapacidad como “una condición del estado de salud de las personas en la cual se encuentran limitaciones o deficiencias para la realización de ciertas actividades.

Las personas con discapacidad piensan que la discapacidad se da como consecuencia de alguna limitación, amputación o pérdida del movimiento de alguna de las extremidades al realizar una acción” que por ejemplo “le impide caminar”. En este sentido unos estudiantes opinan que el movimiento es la “capacidad de los músculos esqueléticos que a través de un impulso nervioso origina el desplazamiento o movimiento”. Otro plantea que son “todas aquellas acciones que realizamos para llevar a cabo una tarea” o “fin”. Del mismo modo un docente piensa que “es una alteración del movimiento corporal humano, que limita una actividad funcional” A pesar de ser una alteración en cualquier parte del cuerpo, para muy pocos estudiantes, usuarios y personas con discapacidad, una persona que tiene discapacidad “no es normal”. Al respecto un estudiante opina: “entiendo como normal una persona que tiene toda su estructura corporal y que puede hacer las cosas bien sin ninguna limitación” y la anormalidad la asocia a “pérdida de funcionalidad, que le impide su buen desempeño con el entorno”, o una “limitación corporal”. En el caso de los docentes todos piensan que el individuo con discapacidad es una persona normal, o de igual forma un estudiante manifiesta “todos somos normales, explica “cada quien hace las cosas dependiendo de las capacidades que tenga y eso es ser normal

CATEGORÍA: LA DISCAPACIDAD GENERA CAMBIOS EN LA VIDA PERSONAL

Subcategoría: cambiar su estilo de vida

Para todas las personas consultadas la discapacidad es un cambio de vida; dicho por un docente de esta manera “indiscutiblemente es un gran cambio de vida”, “en

todos los aspectos". Para otro docente es un "cambio en la forma como realizaba las actividades de la vida diaria"; una persona sin discapacidad se desplaza en forma bípeda y una con discapacidad lo hace en silla de ruedas, la primera se baña de pie la segunda lo hace en una silla adaptada para eso. Al respecto el docente aclara "no es que no pueda hacer las cosas es que tiene que hacerlas de otra forma. Se "tiene un estilo de vida diferente, especial para hacer sus cosas, entonces de pronto en el aprendizaje es diferente no va a aprender a hacer las actividades como las hace un niño normal, las hace de otra forma, pero igualmente, simplemente es que adapte el medio donde se esta desarrollando a su situación". Un estudiante plantea "todos tenemos un grado normal de capacidad para desarrollar las actividades, en la discapacidad, esta capacidad es diferente a la de los demás" y opina otro que "es la adopción de otras capacidades que los normales no tenemos". Agrega un docente "es aquella persona que tiene el potencial, pero se queda ahí, no lo explota; que lo que queda no lo ve como su gran tesoro, que a través de eso puede crear o de pronto algo de lo que hacia pero modificado".

Así mismo, estudiantes docentes y usuarios plantean que ante una discapacidad asociada a problema motor "no se puede rendir de la misma manera, más aún no podrá llegar a ser la persona que era antes en un 100%" porque "no puede hacer lo mismo" se tienen limitadas muchas actividades". Un docente piensa que es "un gran cambio...los planes, sueños y metas que tenía hasta el momento cambian su rumbo".

Es más, un estudiante expone el caso de "Tony Meléndez, él es una persona de Guatemala, que nació sin bracitos y para él fue muy importante el apoyo familiar, el papá tenía una guitarra y empezó a tocar con los pies, y hoy Tony Meléndez ha ido por el mundo con su guitarra llevando mensajes y el mensaje que él da es no digas que no puedes, si el pudo sin tener manos, ¡con sus pies tocar una guitarra!"; Expresa "no es una limitación", opina "todos tenemos un grado normal de capacidad para desarrollar las actividades" y "en la discapacidad, esta capacidad es diferente a la de los demás"; opina otro que "es la adopción de otras capacidades que los normales no tenemos". En otras palabras, "es una forma de funcionalidad que posee otras características y otras formas".

Para todos, excepto para una persona con discapacidad asociada a problema motor, el tener un evento discapacitante cambia la situación de una persona: "toca ser dependiente y menos activa por la complicación para su traslado": se necesita de apoyo de otros", "se pasa a depender de ciertas personas" la "vida va a estar ligada a la colaboración de su familia y personas allegadas a él." Un estudiante lo explica de la siguiente forma: "volverse dependiente y necesitar de su familia, sobre todo de su mamá para que le ayuden a hacer sus actividades de aseo personal es volver a ser como un niño". "Son las personas que están cerca de él quienes tienen que atenderle, sacar parte del tiempo, que comúnmente estaba destinado a otras cosas, para asistirle".

Agrega otro: “sí solamente cuando uno se enferma, o que le pasa algo, uno de una vez siente ciertas limitaciones: que no puede rendir de la misma manera...puesto que presenta una limitación funcional para ser independiente y poder realizar las actividades que hacía antes. Es sentirse “impotente de poder hacer sus actividades de la vida diaria”. Inclusive expresa un estudiante que “depender de alguien es lo peor” porque es sentirse “como una persona inútil, ya que depende de alguien”, tiene que estar al cuidado de otras personas y esperar su colaboración” para realizar las actividades.

Plantea un estudiante que la vida que se tiene es perfecta y “me impacta que todos nosotros tenemos esa vida, o sea para cada cual la vida es perfecta” “es difícil que nosotros de un momento a otro tengamos que hacer cosas diferentes y tenemos que abstenernos de muchas cosas que no podemos, o sea que no hay como hacerlas, “nosotros tratamos siempre de ser personas independientes y saber que de un momento a otro si una persona esta sola en la vida , como muchas personas suelen hacer y les llega a pasar ... no van a contar con ayuda , quien les pueda ayudar a suplir esa necesidad.

Sin embargo, ante un cambio en estilo de vida, sólo unos pocos estudiantes, docentes y usuarios piensan que una persona con discapacidad “tiene toda la posibilidad de continuar su vida” “puede realizarse, puede tener su familia, puede superarse, siempre y cuando se lo proponga”, es más “puede llegar a hacer lo que el quiera” si continua con “un avance positivo para que haya una integración a la vida social, en sus estudios y posibles trabajos”.

Subcategoría: “cambia el rol de la persona”

Muchos piensan que la discapacidad genera más que un cambio en el estilo de vida, o cambio en el rol de la persona; un estudiante se refiere a esto planteando: “después de tener una vida...y de un momento a otro quedarse uno en la cama y no poder caminar, no poder salir...”es indiscutiblemente un cambio de vida”. Es decir, ante un evento discapacitante, opina otro, “sueños e ilusiones se derrumban como un castillo de arena, porque “cambia la vida en lo laboral, personal, psicológica”. Explica otro estudiante “la mayoría de seres humanos tenemos una visión de futuro” que es la que se ve truncada. Con discapacidad ya “no puede hacer lo mismo, ya tiene limitadas muchas actividades”; Un estudiante describe así: El empezar una vida teniendo todas sus capacidades físicas, que se ven frustradas por un accidente, hace que se replanteen las cosas en muchos campos y más las implicaciones que esto trae”. “Es un cambio muy grande, es como empezar de nuevo, ya que su ritmo de vida venía desde otro punto de vista y con otras expectativas, es verse de otra forma, con la misma persona pero en otra situación y posición ante la sociedad. “ De ahora en adelante será otro...pero internamente es el mismo”. Opina otro, “creo que es obvio, uno en realidad no espera, uno lleva una vida de cierta manera y desafortunadamente nuestro

bienestar físico que tenemos para realizar las actividades y que *se pierda afecta la dimensión de la vida* desde muchos puntos y es obvio que le cambia la vida”.

Se cambian “las funciones y el movimiento corporal” se pasa a ser alguien “con limitación funcional”. Más aún, es “dejar de realizar las actividades que realizaba con frecuencia” o dicho de otra forma: “ya no puede realizar sus actividades sociales y de la vida diaria a las cuales estaba acostumbrado”. Opina otro estudiante: “es difícil que nosotros de un momento a otro tengamos que hacer cosas diferentes, tenemos que abstenernos de muchas cosas que no podemos, o sea que no hay como hacerlas”.

Piensa un docente que “en cierta medida los deportistas elite tienen cierto grado de discapacidad, es lo más importante en su vida, y encontrarse lesionados así sea por un dedo de la mano, no les permite todo el desempeño de su rol que en ese caso es social por estar representando a Santander y laboral por ser su profesión como tal.

La totalidad de los participantes en la investigación piensan que la discapacidad implica aceptar las condiciones que la vida misma le impone, así como el paso de una vida con un estado de salud normal paso a ser una persona discapacitada, lo mismo sucede con las personas que son ricas y pasan a una condición de pobres, tienen que aceptarse tal como son actualmente. Pienso que las personas discapacitadas inmediatamente les suceden el accidente, deben reconocer y aceptar lo que son ahora.

Otro estudiante opina “la discapacidad sería un rol social”, al tener limitaciones físicas y dificultad para desplazarse, “implica cambios en el rol social. Al respecto, un cuidador de persona con discapacidad, plantea: “al fin y al cabo la vida sigue siendo la vida, simplemente cambia es el rol de la persona, no se pueden hacer algunas actividades” a causa de la limitación, “pero sin embargo puedo desarrollar capacidades y habilidades” nuevas. Dice un docente: “es un nuevo reto el que debe asumir” y que una persona con discapacidad lo describe así, “ahí empezó todo este cambio porque todos los objetivos y metas se cambiaron totalmente, empezar de cero en todo sentido y lo que le comento hemos pasado por situaciones difíciles en la parte económica, de todo pero siempre hemos querido salir adelante y confieso que hemos hecho más de lo que hemos pensado o consideraríamos que sería capaz de hacer”. Otro manifiesta “!ser el mismo de antes! ya no puedo ser: yo hacia muchas cosas y ya no las puedo hacer, como jugar balón, ya olvídense de eso. Tenemos las manos. Yo tenía otras metas que ya no pueden ser, entonces, busquemos otras metas, otro futuro. Continúa explicando: “tenía todo a mis manos, ahora no tengo casi. Yo tenía todo”. Ahora nos cortaron el agua, el gas todo, yo era el que tenía la casa bien, a mi cuchita, a mi viejita, la sostenía, ahora, le toca a mi hermano y a mi mamá.

De otra manera, piensan unos pocos estudiantes que “no somos dueños de nuestro destino y en un abrir y cerrar de ojos, todo pasa de estar bien, se esfuma y tenemos que enfrentarnos a nuevas situaciones, que esta son pruebas de vida para evidenciar nuestra capacidad de superación.”

CATEGORÍA: LA DISCAPACIDAD DIFICULTA LA INTEGRACIÓN DEL INDIVIDUO.

Subcategoría: exclusión y discriminación de la sociedad

Para varios de los participantes la discapacidad es un problema de integración, “pero es más por la cultura de la gente, ya que un individuo puede aceptar sus condiciones y limitaciones, pero piensa un docente: “son el ambiente y la sociedad, los que en ocasiones limitan el progreso del paciente”. “Es enfrentarse a una sociedad poco condescendiente con su situación”. Del mismo modo, docentes y estudiantes coinciden en que existe “rechazo en la sociedad”, “el cierre de oportunidades para desempeñarse laboralmente”; el trato no es el mismo”; piensan que son personas inútiles”, piensan que no pueden desempeñar ninguna actividad laboral”, “que no sirven para nada” y “que son un estorbo para la sociedad”; “por ejemplo, cuando van a buscar empleo los miran mal y a veces ni siquiera los atienden”.

Los estudiantes al respecto, expresan que cuando se tiene “un evento discapacitante el individuo en la “etapa inicial se siente impotente porque es un cambio inesperado y muy grande que va a cambiar sus vidas para siempre y por lo general están personas se aíslan”. Existe “el miedo a ser rechazado”. Plantea un estudiante que se presentan las barreras sociales como “burlas, disgustos, malas palabras como por ejemplo:” Parálíticos, bobos, tontos, todas aquellas frases que denigran a una persona”. “La sociedad actual no es conciente y no acepta que son personas que a pesar de la limitación corporal, tienen habilidades y capacidades”. “hay personas que no asimilan, no son tolerantes, y se discriminan entre sí por alguna discapacidad (amputación) y por tener apodos”. Hace falta concientizar y sensibilizar a las sociedades en que vivimos”, “se maneja mucha indiferencia puesto que nuestra sociedad no ha tomado muy en serio el tema de la discapacidad”. Otro opina: “con una vida alterada” tenemos que ser realistas y es que la sociedad es muy dura con una persona como nosotros, más con una persona con discapacidad; acá se tiene una concepción de las personas discapacitadas como que no pueden ejercer, no pueden funcionar, no tienen los recursos adecuados para un trabajo, por ejemplo, depende mucho de la actitud que el tome y de los que le rodean... obviamente la cultura, influye” “ya que muchas personas aíslan de actividades laborales y ocupacionales a estas personas”. En cuanto al futuro “es incierto, de acuerdo a las oportunidades que la sociedad le puede ofrecer y lo que él decida”. Un docente plantea que ese rechazo se traduce en “dificultad para desempeñarse dentro de un entorno biosicosocial” y no “permite desempeñarnos o relacionarnos con el entorno en un 100%”.

También los individuos con discapacidad, opinan que ésta “es un problema cultural” y uno lo expresa de la siguiente manera: “ en la sociedad en general todavía falta una cultura de que es la discapacidad y como se debe manejar, porque en muchos casos ven a una persona con discapacidad y piensan en él como el pobrecito: mire que le falta una pierna; mire que él es invidente; mire que él tan joven y anda en una silla de ruedas; en pocas palabras no se ve más allá, se le demerita las capacidades que tiene y todas las oportunidades que pueda llegar a tener. Sin lugar a dudas muchas personas con discapacidad, han ayudado a que la sociedad siga pensando de esa manera cuando están en las calles en los semáforos pidiendo limosna porque ellos mismos se condicionan a no pensar que se puede hacer más allá de lo que se imaginan”.

Al respecto un cuidador afirma que los niños con discapacidad que crecen en ambiente de pobreza y carencia de necesidades básicas “hace a la persona doblemente inestable; una persona acá tiene que mostrarse dura de carácter para que no se vayan a aprovechar de él. Y eso es fácil de palpar, sobre todo cuando están en grupos como acá llaman el parche, en grupos muestran otra personalidad, pero individualmente, cuando uno conversa con ellos, para mí son como niños con una apariencia física de un adulto, se han saltado etapas de la niñez”.

Al contrario, piensan muy pocos y son estudiantes que “antes había más rechazo, pero actualmente la sociedad se ha concientizado y ofrece ayuda y oportunidades”.

Subcategoría: sobreprotección

Unos pocos piensan que ante la discapacidad se actúa con “sobreprotección por parte de la familia, en algunos casos queriendo hacer lo mejor posible por él y resultan es haciendo un daño porque no dejan que él recobre su independencia. Como base de la independencia está que desde un comienzo se empiece a hacer las cosas mínimas, ir adquiriendo la capacidad, la destreza, por ejemplo algo tan sencillo como vestirse, no que tiene la discapacidad, hay que orientarlo y que él mismo sea muy independiente que eso le da un sentido mayor a la vida, cuando una persona no es independiente difícilmente puede sentirse bien consigo mismo y con la sociedad” y tener baja autoestima “es el mayor problema de muchos, no se sienten bien consigo mismo, son personas que no son independientes, necesitan de otros.

CATEGORÍA: NUEVA RELACIÓN CON EL ENTORNO SOCIAL

Subcategoría: modificación de las relaciones con su familia y consigo mismo

Para la totalidad de investigados “cambia la relación con las personas que se encuentran alrededor”. Los estudiantes expresan que la discapacidad genera

“dejar todas sus actividades sociales” y “tener que dejarlas es difícil”. La sociedad es su familia, amigos, pareja y con ellos cambia la “interacción social”. Además, otro explica: “los papás tienen que estar mas apegados a él, más pendiente y sobre todo la mamá; uno de mamá mejor dicho, uno de mamá es el que tiene que cambiarlo, ayudarlo en todas sus actividades de la vida diaria”. Al tener discapacidad, cambia la confianza hacia lo que es capaz de hacer una persona con discapacidad; “antes le daban más independencia, ya saben quien era, ya saben que hacía, pero ahora por la limitación funcional que tiene, los papás tienen que estar más apegados a él”. “La familia tiene que empezar a ver quien lo va a cuidar, que necesita ir al baño , quien lo va ayudar si pesa mucho, de pronto las hermanas que lo ayudaran a subirse a la cama y a bañarse. “Dedicarle el tiempo que tenía la familia antes pero también ahora dividir el tiempo entre los cuidados de él y la familia”, el primer núcleo que se va a ver afectado,” “porque sin querer todos se deben adaptar a las nuevas condiciones”. “Todos tienen que saber convivir con él, con su recuperación sabiéndolo entender, llevándolo a un mejor progreso”. “si a un compañero, a un amigo le llega a pasar eso también le cambia a uno la vida por estar sometido a ciertas rutinas es como parte de la vida, asumir que ya no va a estar en ese plan. Uno siempre va a recordar a esa persona y va a pensar en esa persona el era si, tal cosa, era especial, activo, estudioso y ahora ya no.”

Un cuidador plantea “en mi experiencia, de lo que he visto acá, falta compromiso tal vez de la familia, yo veo eso básicamente por la necesidad misma, los chicos tienen muy poca edad y a nivel cognitivo están muy bien, pero, a la familia es muy complicado traerlos al colegio entonces , ellos van perdiendo esa etapa que son menores, incluso la mayoría no tienen una buena alimentación y las familias no son constituidas, las madres son cabezas de hogar. Normalmente hay sectores donde la madre es cabeza de hogar, acá la crisis social repercute con más fuerza en la familia. Eso llega a los jóvenes, que tienen una mentalidad más madura, los deseos de esperanza los pueden tener pero se pueden quebrar en cualquier momento. La inseguridad, es muy fuerte, los mismos niños que crecen en ese ambiente y una persona con discapacidad es doblemente inestable. Una persona acá tiene que mostrarse dura con un carácter, que no se vayan a aprovechar de él. La relación con las personas hace que se cumpla “la ley del más fuerte para sobrevivir y eso es fácil de palpar, sobre todo cuando están en grupos como acá llaman el parche, en grupos muestran otra personalidad, pero individualmente, cuando uno conversa con ellos, para mí son como niños con una apariencia física de un adulto, se han saltado etapas de la niñez”. Por consiguiente, “este es un ambiente que está doblemente agravado por esa situación de la problemática social, donde seguramente para personas con discapacidad será más difícil ver posibilidades, y su desarrollo está afectado por esa situación”.

Por otra parte, la mayoría, sin diferenciación, creen que es “más duro cuando quedan así, luego de haber sido normal”. Un cuidador manifiesta que es “duro por superar lo psicológico, por el cambio, si no superan eso es difícil continuar.

Diferente es cuando nacieron así y siempre están en silla de ruedas. La experiencia de Eduardo, siempre con el deseo de salir adelante esta en el grupo de natación, busca opciones para desarrollarse como persona. Me gusta hablar mucho con ellos por que en su vida esas cosas no las hacían"...“Cada persona es un mundo diferente, yo converso con ellos y están en esa etapa. Me conlleva a buscar personas para que vean las personas como se superan. Como Moisés y Luís Peña, yo los traje y ellos dieron su testimonio, les habla conocí otro sociólogo, Carlos José Ramón, hicimos un taller con él, también, Ofelia que es invidente, y han logrado su independencia en la vida familiar y laboral”.

Subcategoría: adaptaciones al medio

Con algunas excepciones plantea el grupo de estudiantes, docentes y usuarios que se deben “**hacer adaptaciones** en su sitio, en su casa para ser más funcional, para facilitar la realización de las diferentes actividades de la vida diaria”. Es decir, hacer unas modificaciones para que pueda desplazarse y para que se pueda desempeñar mejor y sin ayuda”. Dicho de otra manera, “realizar adaptaciones a su ambiente, adaptaciones que llevan a cierto grado de independencia. Adaptaciones en “la casa” y en el baño”. Utilizar “silla de ruedas” si es el caso.

Un cuidador manifiesta una problemática y es “la necesidad misma” la falta de recursos económicos “para la familia es muy complicado traer los niños discapacitados al colegio... incluso la mayoría no tienen una buena alimentación; las familias no son constituidas, las madres son cabezas de hogar; acá la crisis social repercute con más fuerza en la familia.

CATEGORIZACIÓN EN TORNO AL SENTIR HACIA LA DISCAPACIDAD

CATEGORÍA: ENTRE LA DESESPERANZA Y EL OPTIMISMO

El sentir hacia las personas con discapacidad asociada a problema motor de los estudiantes de quinto semestre correspondientes al curso de Intervención II se expresa de muchas maneras, unas veces con actitudes negativas y otras, con actitudes positivas.

Subcategoría : desesperanza

La gran mayoría siente **tristeza** por las personas con discapacidad, especialmente, si no nacen con ella, Dice un estudiante que ésta “genera de cierto modo lástima”, “uno siempre va a recordar a esa persona y va a pensar en esa persona, él era así, tal cosa, era especial, activo, estudioso y ahora ya no”, “a veces afecta el estado anímico, por lo que ellos pasan...los adultos, que están

actuando normalmente en su vida y sufren un accidente, empiezan con sus tristezas y eso lo pone triste a uno también”.

Opina un usuario con discapacidad: “desde que estoy así en la silla me siento, a veces triste a veces no; ya la vida como sea; ahora sí como que me estoy yendo de “pa tras”... con esta situación no se que hacer”. Es más, un estudiante que maneja otro usuario con discapacidad cuenta: “ayer precisamente fue como el peor día de la vida de él; pues llegó muy desanimado porque tenía ocho meses de haber sufrido el accidente, no quería hacer nada, me comentaba la mamá, que se quería morir, que no quería hacerle más estorbo a la familia, que él veía que todos sufrían por él y por eso no quería venir a la terapia, ni mucho menos”; lo trajo como obligado porque él no quería, se deprimió mucho porque recordaba que hace 8 meses había pasado el accidente y empezó a preguntarse muchas cosas de que no eran bien para él, “los demás pensarían que pobrecito, en las palabras diminutivas uno piensa mucho “.

Respecto al cambio de vida por presentarse un evento discapacitante casi todos opinan que es una pérdida. Dice un estudiante “cuando uno está con un paciente que antes podía hacer cualquier cosa y ahora no, eso es como muy impactante”. Al respecto, plantea una docente que ante la discapacidad, el grupo familiar pasa “por sentimientos de pesar cuando las condiciones ya son muy limitantes”. Para muchos lo anterior, genera angustia, dice uno “vivimos sentimientos de **incertidumbre y angustia** cuando hay cambios, lo que veníamos realizando ya no puede ser así, si no realizarse de otra forma, entonces es un sentimiento de no saber que voy hacer ahora, para donde voy, que va a pasar”. Además porque “saber que en un momento uno esta bien” pero “uno no sabe que va a pasar mañana” se “puede quedar inválido, en silla de ruedas”.

En otro sentido, un usuario con discapacidad piensa “incertidumbre de qué tanto puedo recuperar,...expectativa por la recuperación, caminar, así sea con alguna ayuda”. Es decir, hay incertidumbre por qué va a pasar, “qué se podría hacer”, “cuál va a ser la actitud de la sociedad”. Una mamá manifiesta: “pensamos que el puede lograr terminar su carrera, o sea no sabemos en qué tiempo pero, sí que lo va a lograr”. Lo anterior, como un ejemplo de incertidumbre unido a la esperanza de recuperarse”.

Plantea un docente que tanto “en su experiencia profesional o cuando se está como estudiante los sentimientos que surgen son de **impotencia**, de no poder hacer nada, de no poder hacer mucho por esas personas, sino simplemente solucionarles un problema del momento”.

Para muchos, “la sociedad sólo necesita las personas cuando las ve bien y si les pueden aportar algo, de resto, los miran como si fuera una basura o mejor como un estorbo”. Es más, en situación de discapacidad “los demás pensarían que pobrecito” se asocia con “las palabras diminutivas“. De cierta manera, existe

“rechazo de la sociedad, dificultad para laborar, **baja autoestima**, creerse menos que los demás, creer que inspira lástima, temor al rechazo, no afrontar la realidad.” Todo por “verse limitada en ciertas cosas de las actividades de la vida diaria, como es ir de un sitio a otro, salir con amigos.; esto es “no poder ser independiente totalmente”. Lo reafirma otro cuando dice “necesita apoyo de los demás” Ciertamente un usuario con discapacidad plantea desventaja, “yo hacia muchas cosas, y ya no las puedo hacer como jugar balón, ya olvídense de eso. Tenemos las manos. Yo tenía otras metas que ya no pueden ser entonces, busquemos otras metas, otro futuro...pensar en los brazos que es lo que tengo bueno, toca fortalecer los brazos”. Además plantea que “de la casa poco salgo, a veces salgo por aquí si me ayudan, llevo dos años de no ir al centro” Es más, si usted me dice baje allí y me trae algo, yo digo hay juemadre...me caigo... Entonces sirvo para las cosas pequeñas, se que puedo hacer cosas utilizando los brazos, a veces saco rifas, a veces, no me gustaría hacer más nada. Algo que pueda hacer con lo que tengo vivo. Una cuñada me lleva como unas flores y uno tiene que meter, son cosas así fáciles. Con discapacidad “se siente que no sirve para nada y yo no puede hacer las cosas por sí mismo “.

Opina un estudiante “yo creo que todavía hay ese menosprecio o sentimiento de **lástima**, más que de ayuda o de comprensión para que la gente se sienta bien y pueda ser normal .Dice un estudiante, “acá se tiene una concepción de las personas discapacitadas como que no pueden ejercer, no pueden funcionar, no tienen los recursos adecuados para un trabajo, por ejemplo, depende mucho de la actitud que el tome y de los que le rodean. Decir que el va a poder ejercer su profesión, difícil”.

Para varios “puede que no consiga un trabajo porque posiblemente ya no le dan empleo”, “se maneja mucha indiferencia puesto que nuestra sociedad no ha tomado muy en serio el tema de la discapacidad”.

Un docente hace referencia a cómo el colectivo “se va hacia la persona con el pobrecito!, porqué le pasó eso, y a su vez uno asumiría un sentimiento de desventaja , un sentimiento de dolor desigualdad, sé que debe ser el primer paso y por lo mismo, un duelo por el cual uno debe pasar porque es una pérdida pero, si uno se llega a quedar en esa pérdida realmente no va a poder surgir dentro de las cosas que tiene que hacer en su vida o las que pensaba hacer. Considero que por perder un brazo uno no puede perder la vida completa , o que no puede caminar, lo que pasa es que uno debe reestructurar, necesita por un lado hacer conciencia de que uno sigue siendo un ser humano, con los mismos valores, los mismos derechos y las mismas oportunidades, pero ahí depende mucho, tanto del sentimiento de la misma persona, como del apoyo que pueda recibir externo y va a depender mucho de que oportunidades le ofrezcan a uno para desenvolverse, si yo soy excelente escritora y porque quedé en silla de ruedas ya no puedo volver a escribir, de una vez eso me cierra oportunidades y eso me lleva al fracaso, pero si yo continúo dentro de mi mundo, dentro de mi actividad, sería una persona con

discapacidad que se superaría muy fácilmente. Entonces a eso es que me refiero, que tienen que ser ambas cosas, o viceversa, me pueden dar todas las oportunidades pero si soy yo quien me limito por mi discapacidad tampoco voy a salir adelante”.

Por último, pocos plantean que “por lo general estas personas se aíslan” especialmente en la etapa inicial, pero también por siempre; plantea un estudiante el caso de un usuario con discapacidad que “al principio, toda la casa era llena de amigos, al principio pobrecito, como la compasión por la persona, eso sí dizque el primer mes era impresionante y el se sentía como bien , pero ahora “ no va nadie, tenía novia , ya no tiene novia, los amigos de la universidad ya no lo llaman, sólo la familia es la que viene. Los amigos ya no lo llaman, no lo visitan y no le colaboran con nada. La única que lo saca es la mamá. Y en otro caso, “no sale ni a la puerta”.

Además plantea un estudiante que hay familias que dicen “no me sirve para nada, es un estorbo” Y otro usuario plantea que familiares y amigos le han dicho “que no sirvo para nada!”.

Solo para las personas con discapacidad existe rabia, plantea uno:”cuando yo estaba en la silla de ruedas me daba rabia que me empujaran y que no pudiera hacer las cosas”.

Subcategoría: optimismo

Muchos plantean que una persona con deficiencia o problema motor “tendrá que esforzarse al máximo para **salir adelante**”. Así mismo, “a pesar de su problema, puede estar limitado, pero eso no significa que él tenga que ser dependiente, hay actividades que el perfectamente podría desarrollar con cierto grado de dificultad, obviamente, pero igual podría hacerlas. Se requiere que “día tras día se esfuerzan por salir adelante, (ellos quieren ver un resultado de la noche a la mañana) pero es con esfuerzo y tiempo.

Piensa un usuario con discapacidad manifiesta: “antes tocaba rogar, ahora ya casi no necesito nada, váyanse, que si me dejan la silla y la ropa al lado ¡yo me manejo! a mi me a ha tocado de aquí pa delante”.

Un cuidador hace referencia a casos como “la experiencia de una persona con discapacidad, siempre con el deseo de salir adelante, él esta en el grupo de natación, busca opciones para desarrollarse como persona. Me gusta hablar mucho con ellos por que en su vida esas cosas no las hacían. Cada persona es un mundo diferente, yo converso con ellos y están ya en esa etapa...conocí otro sociólogo, hicimos un taller con él, también una invidente y han logrado su independencia en la vida familiar y laboral”.

Un docente plantea “todos estamos expuestos a una discapacidad, sólo depende de nosotros que tan grande sea. Se que para lograrlo se necesita pasar por todos los duelos y no es fácil, sólo cada quien sabe si quiere o no superarlo. Es por esto que el futuro, sólo depende de la disponibilidad de cada quien para salir adelante, o por el contrario ser un minusválido que quiere depender emocionalmente de otros y hacerse esclavo de si mismo”.

Muchos, tantos unos como otros, plantean que “a pesar de la incapacidad física y motora **son personas normales**, que “ante todo son seres humanos que merecen respeto, comprensión y aceptación”, “que sienten como cualquier otro” y se debe “ser consciente, que también uno puede tenerlo o una persona conocida o querida”. Dicho de otra manera es “es un ser humano que merece respeto y se debe tratar como tal”.

Una docente opina que lo mejor es tratar a la persona con discapacidad como alguien “muy normal, como cualquier otra persona”. Lo anterior, basada en la experiencia de discapacidad que vive en su familia. En el mismo sentido piensa un estudiante, “ellos son parte de nuestro mundo y debemos compartir sin ningún problema y no verlos como bicho raro. Por eso, lo veo como una persona normal que simplemente tiene limitaciones en le desempeño”.

Por otra parte, muchos estudiantes y docentes piensan que “todos estamos expuestos a una situación de discapacidad; en el momento en el cual está uno expuesto a una situación de discapacidad, por un accidente o alguna eventualidad. Por lo tanto “estamos expuestos a sufrir cambios drásticos en nuestras vidas”; “saber que... en un abrir y cerrar de ojos la vida da un giro y uno queda limitado”. También este grupo más un cuidador consideran que se debe pasar por un duelo porque es una pérdida, pero si uno se llega a quedar en esa pérdida realmente no va a poder surgir dentro de las cosas que tiene que hacer en su vida o las que pensaba hacer dentro de su vida, considero que por perder un brazo uno no puede perder la vida completa , o que no puede caminar, lo que pasa es que uno debe reestructurar, necesita por un lado hacer conciencia de que uno sigue siendo un ser humano, con los mismos valores, los mismos derechos y las mismas oportunidades, pero hay depende mucho tanto del sentimiento de la misma persona, como del apoyo que pueda recibir externo y va a depender mucho de que oportunidades le ofrezcan a uno para desenvolverse, si yo soy excelente escritora y porque quede en silla de ruedas ya no puedo volver a escribir, de una vez eso me cierra oportunidades y eso me lleva al fracaso, pero si yo continuo dentro de mi mundo dentro de mi actividad, sería una persona con discapacidad que se superaría muy fácilmente.

Las mamás de allá cuando yo las conocí ellas vivían del pobrecito de sus hijos, ellas iban en busca de quien las condolía, quien les daba cositas, quien les daba la ropita, quien le daba el pobrecito y si uno le podía dar plata pues mucho mejor, desde hace algún tiempo ellas han tenido un cambio casi total, no todas pero

algunas de esa situación, entonces ya su niño no es el niño con discapacidad, pobrecito sino un niño común y corriente que tiene sus desventajas pero ellas han cambiado esa percepción hacia su hijo, y no van a la fundación en espera de que le van a dar, por el contrario, van a ver que puedo hacer y con quien me puedo unir , como puedo fortalecerme.

Paralelamente, plantean algunos que “debemos valorar la vida más”. Valorar el diario vivir” Cuando se está en contacto con la realidad “uno aprende como a valorar más la vida ha aceptarnos más como somos. Los casos que vemos dejan mucha reflexión para uno, aprender a aceptar que la vida es un don maravilloso y que debemos aceptarnos los unos a los otros. Cree otro, “uno tiene que disfrutar el momento, disfrutar hoy y mañana”.

Muchos, piensan que las personas con discapacidad “son personas muy capaces”. Al respecto los docentes expresan: “conozco muchas empresas acá en Bucaramanga, que tienen ese tipo de personas trabajando”.

CATEGORIZACIÓN EN TORNO AL QUERER SER DE LA DISCAPACIDAD

CATEGORÍA: REHABILITACIÓN INTEGRAL

Casi todos plantean la necesidad de una rehabilitación, piensan varios que ante una condición de discapacidad, estas “son personas que con un tratamiento optimo logran llegar muy lejos. Se requiere un “grupo interdisciplinario para alcanzar su máxima recuperación” constituido por “médico”, “fisioterapeuta”, “psicólogos y Terapeutas Ocupacionales los cuales intervienen también de manera activa en el tratamiento de rehabilitación.”

Subcategoría: papel del fisioterapeuta como apoyo a la persona con discapacidad

La totalidad de estudiantes y docentes plantearon que se debe” mejorar el estado físico de la persona con discapacidad quien “primero que todo, debe asesorarse de un fisioterapeuta para recibir las indicaciones respectivas y orientar las modificaciones que puede realizar a su hogar (adaptaciones) con el fin de hacer más accesible y comfortable las actividades de la vida diaria. Como son: mesas, sillas, barras donde pueda ir avanzando su fuerza y estabilidad, de igual manera desarrollar destreza desde la posición de prono sobre codos para crear independencia así sea logrando las acciones, con el arrastre pero empezar poco a poco y por algo”. Así, podrá ir adquiriendo la destreza y /o habilidad poco a poco...empezar por realizar ejercicios que le ayuden a ganar las diferentes etapas del control motor”. Así mismo, expresa un estudiante que “no se debe dejar por

ningún motivo el tratamiento fisioterapéutico” pero opina otro que tampoco se debe “exceder en los tratamientos asignados”.

Varios los estudiantes y docentes plantean que se debe dar “educación a la familia”, “Orientación, comunicación constante y clara sobre que aspectos se deben dar a conocer”. “Enseñar los traslados, brindar enseñanza acerca de la rehabilitación”, “la organización dentro de su casa que le permita desplazarse, colocar barandas en el baño” para propiciar la independencia.

En otro sentido, para un estudiante es necesario “proyectarse y pensar en brindarle lo mejor para evitar alteraciones mayores”; esto, “motiva a aprender más y a investigar”, saber “como se realiza un tratamiento adecuado. Otro cree que en nuestra vida diaria siempre estaremos con gente con problemas y tenemos que aprender a actuar”, y otro hace énfasis en que “cada persona necesita un tratamiento diferente”. Alguno, agrega: “no puedo pasar con mediocridad porque, hoy sólo estoy de observador, pero muy pronto tendré un paciente al frente mío y necesito saber más”.

Subcategoría: “interactuar con las personas con discapacidad”

Muchos docentes y estudiantes piensan que “ todos tienen que saber convivir” y comprender” a las personas con discapacidad, inclusive “saber convivir con su recuperación”. Pensar que en un momento dado las “vidas también cambian”, “completamente”.

Una persona con discapacidad debe tratar “de realizar actividades por él mismo “y salir “de la casa para lograr integración social, para alcanzar lo anterior sus seres queridos, no deben volverlo dependiente”.

Cree un estudiante en “un futuro lento” pero que “puede llegar a ser progresivo siempre y cuando se le brinde la estabilidad el afecto familiar y/ o social y el apoyo necesario para que supere esta caída en su vida, y empiece de ceros sin obstáculos ni limitaciones tanto personales como familiares”.

Además, otro plantea que vincularse a los “grupos de personas con discapacidad que son deportistas o que tienen diferentes lesiones pero que las han podido superar” le sirve como “experiencias de vida” para superarse dentro de las capacidades que tiene y “pueda ser una persona normal y que pueda estar en la sociedad” porque “las personas lo van a aceptar”.

CATEGORÍA: ELIMINAR BARRERAS

La totalidad de la población indagada piensa que existen barreras físicas. Un docente dice: “en el instituto por las barreras arquitectónicas, no los podemos atender, por ser en un tercer piso y abajo dicen que no les podemos prestar una camilla porque se pierde la camilla”.

Se deben realizar cambios en el entorno físico como son la eliminación de “las escaleras”.

También la población indagada piensa “que falta mayor apoyo por parte del gobierno porque hay muchos programas y proyectos liderados directamente” por las personas con discapacidad “que podrían mejorar el nivel de vida, darle un poquito de dignidad al ser humano con discapacidad. Es decir, “que el gobierno estuviera centrado en ver la discapacidad como la posibilidad de todos”. Comenta una persona con discapacidad que no pudo continuar el bachillerato y expresa: “el estudio es lo que más me duele en el alma, no me aceptaron más en el colegio”.

En cuanto al aspecto laboral explicita una persona con deficiencia de sus miembros inferiores: es muy difícil conseguir un espacio de trabajo para una persona con discapacidad, porque cuando una persona sin discapacidad “llega con una hoja de vida, al menos se la reciben, pero cuando llega en silla de ruedas ni siquiera se la reciben y le dicen: no, no que pena, pero no lo necesitamos”.

Del mismo modo, es un problema cultural porque “hace falta programas más hacia la misma capacitación y educación de las personas con discapacidad y sobre todo programas de empresa propia, cooperativas, el cooperativismo, la misma parte de empresa unipersonal, capacitando a personas con discapacidad para que ellos mismos puedan llevar a cabo su trabajo desde su misma casa para que no tengan que desplazarse “. Otro, opina que “es verse de otra forma, con la misma persona pero en otra situación y posición ante la sociedad”. Agrega otra sujeto con discapacidad, “yo creo que a la sociedad no sabe que es la discapacidad, es decir, no ha pasado por eso; toca es que pasen por una silla de ruedas para que sepan lo berraco que es”.

ANEXO D: AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACION DEL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN



Seide Administrativa Cra. 29 N° 47-32
PBX: 6434977 Fax: 6436002
Campus Universitario Lagos del Cacique.
Calle 70 N° 55-210
PBX: 6516500 - Fax: 6516492
Bucaramanga - Colombia
Web Site: www.udes.edu.co

Bucaramanga, 7 de noviembre de 2006

VAB – 062

Fisioterapeuta
ELBA VIVIANA RUEDA ORDÓÑEZ
Docente Programa de Fisioterapia
E. S. M.

De acuerdo a su solicitud y teniendo en cuenta que su Tesis de Grado para optar el título de Magister en Pedagogía, fue elaborada con personal de esta Institución se autoriza la utilización del nombre de la Universidad de Santander en la publicación, sustentación y difusión de la investigación realizada.

Cordial saludo,



JOSE ASTHUL RANGEL CHACON
Vicerrector Académico
Elsa M.