

**CONDICION FISICA EN JOVENES CON DIVERSIDAD COGNITIVA: UNA
MIRADA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.**

Investigadora Principal

ANÁLIDA GARAVITO GÓMEZ

Co Investigadora

JUANITA ANDREA CASTAÑEDA ALBARRACIN

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA EDUCACION FISICA

**LICENCIATURA EN EDUCACION BASICA CON ENFASIS EN EDUCACION
FISICA, RECREACION Y DEPORTES.**

FUSAGASUGÁ

2018

NOTA DE ACEPTACION

Director Comité Trabajos de Grado

Asesora

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Planteamiento del problema.

Pregunta problema.

Justificación.

Objetivos generales y específicos.

Soporte conceptual, teórico y referencial.

Marco Referencial

Diseño Metodológico

Resultados

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Introducción

En el momento de reconocer el papel de la educación física y su accionar con poblaciones en condición de diversidad cognitiva, se identifica una cruda realidad con respecto al acceso de los mismos a estamentos sociales, deportivos, socioculturales y hasta de salud. Los jóvenes en condición de diversidad cognitiva (DC) de alguna manera son privados de pertenecer a programas de recreación y deporte, el trabajo de acceder a la educación se torna de alguna manera arduo (Gallo & Bolívar, 2015); por ende, para quienes lo logran sus desempeños suelen ser una razón más para seguir siendo catalogados como minorías y población vulnerable por muchos.

A partir de prácticas docentes desde el área de la educación física; los jóvenes en condición de diversidad cognitiva del programa de *educación para adultos en condición de DC de la Escuela General Santander*, comprenden una pequeña pero diciente muestra de la necesidad de explorar en el campo de la calidad de vida a través de estrategias corporales, biofísicas, psicomotrices y/o saludables de dicha población. Su deseo por sobresalir motrizmente, el afán por sentirse parte de grupos sociales convencionales, el interés por su estado de salud y el de sus compañeros, las innumerables preguntas acerca de qué es estar en un campo de juego o simplemente en un gimnasio, sus reacciones ante los cambios físicos y hormonales y el estado de conciencia que presentan estos jóvenes en sus prácticas corporales; son aspectos que enriquecen el interés del presente estudio en pro de la calidad de vida de los mismos a partir de elementos estandarizados y científicamente aprobados para que todos puedan acceder a un reconocimiento más consciente, transparente e íntegro de su condición biofísica desde los denominados *Determinantes Sociales de la Salud* (Mejía, 2013).

No obstante, se es necesario vincular concepciones y rasgos de inclusión desde el presente estudio en relación con la dinámica y el papel de la educación con la atención a esta población; al respecto, cabe reconocer que hablar de la escuela inclusiva es un modo de concebir la educación y la función social del centro escolar, desde un planteamiento comunitario, que lleva implícito su transformación y la de su contexto para adecuar y mejorar la respuesta educativa a la diversidad, “reconociéndola y no asimilándola”. (Ríos Hernández, 2009). En este punto es conveniente entender que propender por la mejora de la calidad implica el cambio y renovación en la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Guiar y controlar ese proceso requiere entender los cambios que están ocurriendo dentro de los programas de educación y habilitación para personas con discapacidad, así como las estrategias de dirección y gestión requeridas para adaptarse con éxito a los desafíos y oportunidades que provocan estos cambios. (Schalock & Verdugo, 2007).

Entendiendo que la problemática en torno al estudio de la relación entre la condición física y los determinantes sociales de la salud de los jóvenes con diversidad cognitiva del municipio de Fusagasugá, no pretende dar un informe del estado físico de rendimiento ni de competencia de dicha población; en cambio, se busca establecer una comprensión reflexiva e interpretativa de la realidad de dicha condición de los jóvenes con diversidad cognitiva y el tipo de incidencia y/o relación de los DSS en ella. Todo con el fin de dar prioridad a los procesos de desarrollo en la calidad de vida de la población y a las dinámicas de inclusión en los elementos que arrojan los mismos DSS en el *Plan Decenal de Salud Pública*. En este sentido se plantea como pregunta investigativa la siguiente; *¿Existe*

relación entre la condición física y los determinantes sociales de la salud, en jóvenes con diversidad cognitiva?

La problemática radica en el direccionamiento tradicional que se la ha dado al estudio de la condición física de este tipo de población, siendo lo deportivo y competitivo; el contacto con esta población desde las intervenciones de la *Práctica Comunitaria*, permitieron evidenciar que no todas las personas en condición de diversidad cognitiva pueden de algún modo ser partícipes de este tipo de proyectos o programas *adaptados*, en el campo del deporte y la actividad física, generando de alguna manera un cuadro psicosocial en deterioro y por ende, un proceso más de frustración en el desarrollo como ser humano. De tal manera que por medio del presente estudio se continúe forjando la participación investigativa de la Universidad de Cundinamarca desde el programa de Licenciatura en Educación Física, en búsqueda de los propósitos formativos para toda la comunidad académica.

Es aquí, en donde se determina que existen incongruencias con el sistema educativo, el cual no se preocupa por las diferencias sino por los diferentes, los extraños por categorizar y por identificar ¿quiénes son los diferentes? los otros que han ocupado espacios de alteridad en virtud de etnia, raza, identidad sexual, clase social o simultáneamente, negro, indígena, loco, discapacitado, desplazado, inmigrante, mujer, niño (a), tercera edad, ateo, etc. Tal y como lo afirma (Gallo & Bolívar, 2015) “No parece haber consenso alrededor de las maneras de entender lo diferencial porque pareciera que la preocupación radica en los diferentes” (pp. 22).

En este sentido, es pertinente hablar que desde la educación física y su accionar en la evaluación de la condición física como elemento regulador, evaluador y determinante

para encontrar relaciones explícitas e implícitas del desarrollo psicomotriz y sociocultural del joven en condición de DC; se ha generado una serie de componentes que la vinculan cada vez más con la salud; es por esto que se ha optado por reconocer la importancia de los determinantes sociales de la salud (DSS) desde la perspectiva que destaca (Mejía, 2013):

“la de posibilitar devolver al fenómeno salud su carácter complejo, multidimensional e histórico el cual permite profundizar el estudio de las diferencias y las injusticias sociales para revertir las inequidades de clase, de etnia y de género que subyacen en cada sociedad. El fomento de la organización, la participación y movilización social hacen parte del proyecto de transformación social que se promueve desde esta perspectiva para defender la vida y los derechos humanos integrales”. (pp. 29).

Pero, ¿Por qué es importantes la condición física en este tipo de población? De cierto modo la población en condición de DC convive con ciertas patologías que impiden el desarrollo “habitual” de las capacidades condicionales y coordinativas; en ese orden de ideas, el acceso de estas personas a la educación comprende evidentemente la necesidad de socialización y relación interpersonal; en esta medida, se descubren rasgos significativos de otros que pueden poseer un diagnóstico igual, similar o por el contrario totalmente distinto al particular. Esto genera dudas, por otros lados suele generar vacíos emocionales y hasta ocasiona impedimentos para el desarrollo adecuado del Ser biofísico y Psicosocial; es entonces, cuando la educación física, la recreación y el deporte promueve hábitos de movimiento y experiencias motrices para así estipular los nuevos modelos y paradigmas de la discapacidad (Puig de la Bellacasa, 1990); los cuales en líneas generales y en la actualidad, pasan de concebir a los sujetos desde un paradigma médico a uno social. Es decir, desde considerar al sujeto sujetado al déficit, para ser visto como sujeto sujetado por

la sociedad, en interacción con su contexto cita. De esta manera se hace necesario reivindicar a esta población volviendo a considerar la salud como un derecho fundamental y determinante que no se puede desligar, de lo social pues los determinantes de la salud son esencialmente sociales y esta concepción conlleva a que se haga evidente la visión de las personas en diversidad cognitiva, como sujetos a quienes no se les pueda intervenir con una visión reducida y desde una mirada unidisciplinaria (Tamayo, Besoain, & Rebolledo, 2018).

En este sentido, se determina como objetivo principal para el presente estudio, identificar la posible relación entre la condición física de los jóvenes con diversidad cognitiva de la Escuela General Santander de Fusagasugá y los hallazgos en los determinantes sociales de la salud; mientras que como objetivos específicos el determinar la condición física de la población a través de la aplicación de la batería BPFT y el describir los determinantes sociales de la salud de dicha población por medio de grupo focal.

Marco Referencial

Según la Organización Mundial de la Salud; la diversidad funcional cognitiva es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones completas de cada época de desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. En una reciente revisión de la literatura se encuentra que la diversidad cognitiva es un término que se ha utilizado en diferentes disciplinas como psicología, gestión, educación, comunicación, justicia criminal, fuerzas armadas y servicios de salud pero el concepto de diversidad cognitiva tiene múltiples significados y carece de un consenso entre los investigadores (Mello & Rentsch,

2015). Para lo que nos conviene, dentro del debate epistémico acerca de la diversidad cognitiva, nos inclinamos hacia un concepto bajo el enfoque integrador, que promueva el desarrollo de las habilidades sin enunciar las deficiencias de las personas con diversidad cognitiva. Por ende, según el objetivo planteado para el presente estudio, es pertinente exponer luego de un análisis bibliográfico la propuesta del artículo realizado con el propósito de presentar las implicaciones del uso del concepto de calidad de vida para mejorar los servicios y apoyos a personas con discapacidad intelectual (Schalock & Verdugo, 2007).

En el marco internacional, en el año 2015 se publicó una guía práctica para profesionales de la salud, *Las Personas con Discapacidad Intelectual: ¿Qué debemos tener en cuenta?*, esta investigación es pertinente incluirla dentro de los antecedentes teóricos para el desarrollo del presente proyecto, ya que aporta significativamente aspectos esenciales para el reconocimiento de las características fisiológicas, biológicas, anatómicas, estructurales, psicológicas y funcionales de la población con D.C. (Flórez, 2005).

Para el 2004 la OMS en conjunto con el Banco Mundial, publicaron el *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, propone medidas para todas las partes interesadas incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad– para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos, según lo expresado por la Doctora Margaret Chan, como

directora general de la OMS y Robert Zoellick presidente del grupo del Banco Mundial (2004).

Por otra parte, en el artículo *Condición Física Saludable en Jóvenes con Discapacidad Intelectual*, se le da importancia a la relación entre la condición física y la salud de jóvenes con discapacidad intelectual, (Iván Martínez Lemos, 2016). Dicha investigación goza de gran aceptabilidad con nuestro proyecto, ya que cumple con los propósitos planteados respecto a la condición física de personas con D.C; este artículo propone la aplicación de la batería de pruebas “*Brockport Physical Fitness Test*”, dentro de la cual también se propone usar 7 pruebas en nuestro proyecto, con el fin de proporcionar resultados aproximados de la condición física saludable en una muestra de jóvenes españoles con D.I.

En relación con la batería de pruebas a aplicar y propuestas en el diseño metodológico del presente estudio, se reconoce la importancia de la adaptación de La prueba de Brockport Physical Fitness (BPFT) para los jóvenes con discapacidad que fue diseñado para corresponder siempre que sea posible a sus necesidades y características. El BPFT corresponde más estrechamente a Fitnessgram (Cooper Institute, 2013). Para mejorar la consistencia, los procedimientos para los elementos de prueba, que también se incluyen en Fitnessgram, se adaptaron, con autorización, del Instituto Cooper, 2013, Fitnessgram / Activitygram manual de administración de la prueba, actualizado cuarta ed. (Champaign, IL: Human Kinetics): PACER, carrera de una milla / paseo, porcentaje de grasa corporal, pliegues cutáneos, índice de masa corporal, rizo arriba, flexión de brazos cuelgan, pull-up, modificado pull-up, push-up, estiramiento del hombro, la elevación del tronco, espalda ahorro de sit-and-reach, y los elementos de prueba aeróbica capacidad. Los procedimientos

para otros elementos de prueba fueron desarrollados por el Proyecto de Target y los autores. (Winnick & Francis X. Short, 1999).

Para el año 2003, se da la publicación de un artículo titulado “*Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Irrefutables*”, el cual propone que las políticas y las acciones para la salud deben estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que puedan ocasionar problemas. Dicho artículo manifiesta que es parte de una campaña de la Oficina Regional Europea de la OMS para presentar las pruebas sobre los determinantes sociales de manera clara y comprensible. En esta publicación también se identifican las implicaciones generales para la formulación de políticas en diez áreas seleccionadas. La campaña está concebida para aumentar la conciencia, estimular el debate y promover la acción (Wilkinson & Marmot, 1998).

En el año 2013, el Ministerio de Salud de Colombia publica “*El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*” como una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Este libro se relaciona irrefutablemente con lo que se pretende desarrollar en cuanto a la interpretación socio cultural de la población estudio gracias a los DSS; ya que de alguna manera la situación contextual infiere en el desarrollo de lo planteado. El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de

salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Con la intención que se ha trazado de darle otra mirada a la condición física de los jóvenes en condición de D.C, y de alguna manera darle alternativas de desarrollo personas en la calidad de vida de los mismos, estimando que las posibilidades de inclusión del deporte adaptado no aplican para toda la población. Por tal razón la Universidad Nacional de Colombia y su artículo *“Determinantes Sociales que promueven la inclusión/ exclusión al deporte adaptado en el ámbito competitivo”*; dicha investigación realizada con el apoyo del comité paralímpico colombiano sugiere que pensar en procesos de inclusión / exclusión en el deporte, permite condicionar la perspectiva relacionada con aspectos biológicos, sociales y políticos que afectan al individuo en condición de discapacidad desde temprana edad, a los cuales se les atribuye el reconocimiento de habilidades y capacidades que favorecen la universalidad “excluyente” o “incluyente” de una ciudadanía “fracturada”, en donde unos son ciudadanos y otros no (Woodward,1997). Afirmando comportamientos y hechos sociales como la interacción, la comunicación, las normas, los valores, las organizaciones y el funcionamiento de la sociedad en general que ocupan espacios determinantes dentro del contexto sociopolítico de un país. (Angélica & Tolosa, 2011).

Mientras que se le da una perspectiva clara a la relación entre la condición física y los DSS en jóvenes con D.C, se destaca la publicación de Consuelo Vélez, José Vidante y Julián

Cerón: “*Determinantes Sociales de la Salud y Discapacidad: caso Santiago de Cali*”; allí se expresa que Solar e Irwin, citados por Álvarez, manifiestan que lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. Los determinantes sociales en salud se entienden como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las desigualdades que se manifiestan en estas condiciones también crean desigualdades en salud. (Velez, C., Vidarte, J., & Cerón, J, 2013).

Metodología

Entendiendo el propósito del estudio investigativo, su desarrollo se lleva a cabo bajo un enfoque mixto específicamente realizando un proceso metodológico que permita identificar la condición física de la población a través de la aplicación de siete pruebas de la batería BPFT para personas en condición de DC; posteriormente con el fin de interpretar la relación que se propone como objetivo principal del trabajo investigativo, se busca aplicar grupos focales a la población de jóvenes en condición de DC de la escuela General Santander de Fusagasugá; entendiéndolos como instrumento de recolección de información, de modo que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; además, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo, sin embargo, se decide optar por éste método entendiéndolo que parten desde diferentes posiciones epistemológicas, principalmente desde el realismo y el constructivismo contextual (Escobar & Bonilla Jimenez, 2009).

Gracias a los grupos focales se podrá interpretar las experiencias, la fenomenología de la población, que corresponde a los jóvenes con diversidad cognitiva de la escuela General Santander; en especial se proponen los grupos focales con la intención de determinar las manifestaciones según la experiencia y la visión de la realidad de la población a partir de los determinantes sociales de la salud; en relación con los datos obtenidos de la batería BPFT. (Rodríguez & Cerdá, 2002). Para ello, se contó con una muestra de 10 personas en condición de DC; estudiantes del *Programa de Educación para Adultos en condición de Diversidad Cognitiva* de la Escuela General Santander de Fusagasugá; los cuales comprenden una edad de 24.7 ± 8.6 , seis mujeres y cuatro hombres; quienes aplicaron los criterios de inclusión tales como la entrega del consentimiento informado firmado por parte de sus defensores legales o familiares a cargo, edad, tener diversidad cognitiva en condición leve y/o moderada y conocimiento del proceso de intervención de Educación Física en su institución educativa; mientras que como criterios de exclusión; se determinó si alguna mujer está en estado de embarazo, el tener alguna patología que comprometa el desplazamiento y la realización de la batería de pruebas, la no asistencia a alguna fase de la batería de pruebas y no estar vinculado al programa de educación ya mencionado; lo anterior respondiendo al derecho de elegibilidad de la población en el proceso investigativo. (Arias-Gómez, Villasís-Keever, & Miranda-Novales, 2016).

En primera instancia, se realizó la batería *Brockport Physical Fitness Test*, la cual está adaptada y rediseñada para personas en condición de cómo sus autores llaman “discapacidad intelectual”; de las cuales se eligieron seis pruebas para la valoración de cuatro componentes de la condición física saludable en jóvenes con DC; siguiendo

protocolos establecidos por (Winnick & Francis X. Short, 1999), de tal modo se utilizaron instrucciones verbales con lenguaje claro y ejemplificaciones para conseguir una óptima comprensión por parte del grupo. La primera prueba consiste en el componente de Campo Corporal, el cual se desarrolla midiendo dos pliegues cutáneos (tricipital y pantorrilla), determinando el lado dominante; la batería propuesta es adaptada a la población mencionada y esta prueba comprende unos ítems de salud en la condición física de los jóvenes con DC; así pues, para Mujeres 20 – 44 mm, y para Hombres de 12 – 33 mm. En el desarrollo de este componente se utilizaron 2 adipómetros Slim Guide tipo pinza y cinta métrica Lufkin W606pm. X

La segunda prueba comprende el componente de Conducta Aeróbica, llamada “Target aerobic movement test” (TAMT), se realiza en cicloergómetro y se monitoriza la FC en reposo y durante la prueba; así busca determinar la capacidad para mantener durante 15 minutos una intensidad de ejercicio específica de al menos el 70% de sus FC máxima teórica; según el protocolo los jóvenes con diversidad cognitiva sin distinción por género deberán realizarla en mínimo 15 minutos; no obstante, el desarrollo de esta prueba se realizó con un cicloergómetro MONARK ERGOMEDIC 839e de Suiza, el cual permitió monitorear variables tales como FC, watts, tiempo, velocidad, distancia y fuerza durante la prueba, hasta que el individuo llegara al 70% de su FC máxima teórica. (Winnick & Francis X. Short, 1999).

Las siguientes pruebas corresponden al componente de Fuerza. Resistencia Muscular, iniciando con la prueba de “Trunk Lift Test” (TLT), para valorar fuerza de extensión y flexibilidad del tronco; consiste en elevar 30 centímetros el tronco desde posición de prono, dos oportunidades y se toma el dato de la mejor; sin rebotes ni realizar

extensiones mayores a 30 centímetros. En esta prueba los jóvenes con DC deberán estar para considerar su condición saludable entre los 23 y 30 centímetros, sin distinción de género. Para el desarrollo de esta prueba, se contó con un espacio amplio, en donde cada individuo se posicionó en una colchoneta y se hizo uso de cinta métrica Lufkin W606pm. (Iván Martínez Lemos, 2016; Winnick & Francis X. Short, 1999).

Posteriormente la prueba “Modified Curl – Up Test” (MCUT), para valorar fuerza-resistencia abdominal. La prueba consiste en realizar encogimiento hacia las piernas, en una cadencia de 1 cada 3 segundos, siguiendo el bit de una grabación. La prueba se interrumpe cuando el participante no sigue el ritmo o completa 75 repeticiones; allí se hizo uso de la aplicación FIT TEST BEEP la cual cumple con la cadencia de sonar cada 3 segundos. La valoración de condición saludable en Hombres es de 7 a 14 repeticiones, mientras que las Mujeres de 7 a 11 repeticiones. La tercera prueba dentro de este componente será la “Extend Arm Hand Test” (EAHT), la cual pretende valorar la fuerza en brazos y consiste en que el participante debe estar suspendido en una barra fija con agarre en pronación, el evaluador debe cronometrar el desarrollo de la prueba; para esta prueba los hombres deberán estar entre 10 a 23 segundos y las mujeres entre 5 y 15 segundos; se desarrolló esta prueba en un SOPORTE DOMINADAS Y FONDOS SPORT FITNESS PUSH UP GYM. La última prueba en este componente, es la prueba “Dominant Grip Strenght Test” (DGST), valora la fuerza de prensión manual, desde sentado en una silla sin apoyar los brazos y con respaldo recto, apoyando las plantas de los pies totalmente en el suelo y se evalúa por medio del dinamómetro; específicamente se utilizó un dinamómetro MOD. 500.1 FLEMING. Los hombres según el protocolo deberá estar entre 11 y 19 kg/cm² y las mujeres entre 12 y 32 kg/cm². (Iván Martínez Lemos, 2016).

Efectivamente, atendiendo a la segunda fase metodológica para el desarrollo del estudio se realizó el grupo focal con la participación de los 10 sujetos, previamente fue diseñado el respectivo guion teniendo en cuenta tres de las seis esferas en las que se sustentan los determinantes sociales de la salud (DSS); al respecto se decide hacer uso para el método cualitativo de la triangulación concurrente (Creswell & Plano, 2007); por ende la primer parte da respuesta a la esfera de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; las cuales están asociadas a las características estructurales de la sociedad, la economía y el ambiente y; por tanto ligados con las prioridades políticas, decisiones de gobierno y formas de tratamiento de la agenda social, así también como a su referente histórico; en este sentido se entiende la salud como un componente; en este sentido la salud se entiende como un componente esencial del desarrollo humano y a partir de allí, éste determinante es de gran valor para el proceso cualitativo que se pretende realizar en pro de la calidad de vida de la población en condición de diversidad cognitiva (Mejía, 2013; Schalock & Verdugo, 2007).

Por consiguiente, la segunda esfera que se determinó para el desarrollo de esta etapa metodológica en relación con los DSS es la de condición de vida y de trabajo la cual entiende la vivienda, el empleo y la educación adecuados como prerrequisitos básicos para la salud de las poblaciones. La vivienda, más allá de asegurar un ambiente físico apropiado incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social. El empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud. El acceso a oportunidades educacionales equitativas, la calidad de la educación recibida y la oportunidad de poner en

práctica las habilidades aprendidas son también factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población (Mejía, 2013; Puyol, 2012).

Finalmente, se decide tener en cuenta la esfera de las influencias comunitarias y soporte social, la cual sustenta que dentro de la salud se fundamenta bajo el enfoque socializador, el cual reconoce que los factores comunitarios y de soporte social influyen las preferencias individuales sobre el cuidado y la valoración de la salud. Está reconocido que el nivel de participación de las personas en actividades sociales, membresía a clubes, integración familiar y redes de amistades ejercen un papel determinante en problemas de salud. (Alejandro et al., 2015; Mejía, 2013).

Es pertinente darle el valor a los determinantes anteriormente presentados en relación con lo propuesto en el presente estudio investigativo; cada uno contiene características espaciales en torno a elementos sociales, comunitarios, interpretativos y conductuales de los jóvenes en condición de D.C, quienes conforman la población a intervenir. Reconocer que existen rasgos sociales, económicos y biológicos que condicionan el estado de salud del ser humano, facilita en gran parte el reconocimiento del estado de salud de los jóvenes con D.C a partir de la evaluación de la condición física con las pruebas también ya mencionadas.

Resultados

Para el análisis de los datos obtenidos se determinó la media y desviación estándar de todos los datos, además, los resultados se agruparon en saludable y no saludable de acuerdo a los baremos establecidos en el Brockport Physical Fitness Test. Tal y como se

expresa en la tabla N°1, los datos básicos fueron agrupados y permiten dar a conocer características en el grupo muestra.

En relación con los resultados obtenidos en cada una de las pruebas realizadas según el BPFT, se determinó realizar un agrupamiento de dichos datos con los hallazgos en el grupo focal; el cual fue realizado basado en los DSS de tipo estructural e intermedio, para su desarrollo se aplicó un guion precisamente diseñado el cual facilitó el dialogo abierto con los sujetos de la población, entiendo las características propias de su condición y visión de la realidad. En ese orden, el guion se construyó basado en preguntas según las percepciones, experiencias y posturas a cerca del conocimiento de carácter político hacia su condición, las condiciones de vida tales como ambientales, socioeconómicas, salud y sociales. (Cruz-Velandia & Hernández-Jaramillo, 2008)

Tabla 1. Datos Básicos del grupo. (Media \pm DE)

	MUESTRA (10) (Media\pmDE)	EDAD (años) (Media\pmDE)	TALLA (metros) (Media\pmDE)	PESO (Kg) (Media\pmDE)	IMC (Media\pmDE)
FEM	60%	26.8\pm10.4	1.56\pm0.05	58.8\pm14.8	37.5\pm8.80
MASC	40%	21.5\pm4.62	1.67\pm0.04	51.1\pm5.41	30.6\pm2.57
TOTAL	100%	24.7\pm8.66	1.60 \pm0.07	55.7\pm12.2	34.7\pm7.62

No obstante, los resultados luego de la triangulación concurrente aplicada arrojan cierta relación entre los resultados de la condición física y los DSS, agrupados por cada una de las pruebas y las coincidencias entre los hallazgos cualitativos; entendiendo que este diseño integra por lo general los resultados de los dos métodos en la fase de interpretación. Esta

interpretación ya puede tomar nota de la convergencia de los resultados como una manera de fortalecer el conocimiento del estudio y también debe explicar la falta de convergencia que pueda resultar del mismo estudio.(Creswell & Plano, 2007b).

No obstante, es pertinente aclarar que dentro de la triangulación concurrente empleada se determinó usar el diseño explicativo el cual comprende dos etapas en el cual el dato cualitativo ayuda a explicar los resultados significativos, sorprendentes o “límites” de la primera etapa cuantitativa. (Creswell & Plano, 2007b); es decir, este diseño tiene como propósito que los datos cualitativos ayuden a explicar o construir sobre los resultados de la fase cuantitativa.

De tal modo, a continuación se agrupan los resultados del análisis y la triangulación desde las dos variables; destacando la condición de vida de la población, su perspectiva de vida y los resultados en la prueba BPFT.

Para la prueba de conducta aeróbica (TAMT), se evidenció que en el nivel de Cf saludable BAJO se encontraron 4 sujetos quienes coinciden en:

- No reciben apoyo (recreativo, cultural, institucional, etc).
- Bajo nivel de independencia
- Altamente maltratados, excluidos, discriminados. (infancia).

En el nivel SALUDABLE de la misma prueba se encontraron 4 sujetos, quienes expresan:

- pertenecer a grupos comunitarios (JAC, Secretaría de desarrollo, recreación).
- Apoyo familiar y de instituciones para el aprovechamiento de su tiempo libre. .

Finalmente, dentro del nivel SOBRESALUDABLE, se encontraron 2 sujetos quienes coinciden en:

- Tener un alto nivel de Independencia.
- pertenecen a grupos culturales y deportivos. (liga de Atletismo)
- Deportistas con experiencia de 4 y 7 años.

Enseguida, dentro de la prueba de fuerza de extensión y flexibilidad de tronco (TLT), se encontraron las siguientes relaciones. Existen tres sujetos quienes están en un nivel SALUDABLE según los parámetros establecido por los autores, estos sujetos coinciden en:

- Ningún tipo de actividad recreativa, física y deportiva.
- Tratamiento y/o terapias.
- Desplazamientos constantes del hogar hacia la institución educativa

Y, los siete sujetos restantes se encuentran en un nivel de CF SOBRESALUDABLE, y coinciden en:

- Ritmo de vida activo.
- Realizan actividades fuera de lo convencional, (Deporte, manualidades, cocina, defensa civil, grupos comunitarios, etc)
- IMC moderado.

Ahora, en la prueba de fuerza y resistencia abdominal, tres sujetos se encuentran en un nivel SALUDABLE y expresan tener relación en:

- Preparan sus propios alimentos

- No cuentan con pareja estable
- Dificultad para el desarrollo del AZ.
- No pertenecen a grupos socioculturales.
- Viven con más de cinco personas en el hogar.

Mientras que los siete sujetos restantes se encuentran en un nivel SOBRESALUDABLE, los cuales expresan:

- Viven con cinco o menos personas en el hogar.
- No comparten habitación.
- Trabajan
- Pertenecen a grupos socioculturales.
- Presentan alto nivel de independencia.

Para la prueba de fuerza en prensión manual; cuatro sujetos se encuentran en un nivel BAJO según los baremos establecidos y coinciden en:

- Dificultad para adaptarse al contexto educativo.
- Maltrato, discriminación y problemas psicosociales.
- Debilidad en el desarrollo autoconcepto.
- Desconocimiento por parte de la familia de su condición en edades tempranas.
- Atender responsabilidades con familiares y quehaceres del hogar.

Mientras que en un nivel SALUDABLE se encuentran los seis sujetos restantes; exoresando las siguientes aracteristicas según los DSS:

- Viven con menos de 5 personas en casa.
- Satisfacción y agradecimiento con la institución educativa actual.
- Viven con familiares de 1er grado en el hogar.
- Trabajan.
- Apoyo familiar para el desarrollo de estudios.

Para la prueba de fuerza en brazos, se encontró un sujeto en nivel BAJO, quien evidencia y expresa:

- Poca atención y apoyo del sector salud.
- Bajos recursos
- Más de seis personas en el hogar
- No convive con familiares de 1er grado
- Presenta patología en epidermis. (no tratada).

También, un sujeto en nivel SALUDABLE el cual presenta las siguientes características:

- Pertenece a un hogar sustituto
- Desarrolla actividad física dirigida. (hogar e institución)
- Realiza actividades del hogar. (aseo)
- SISBEN

Y, finalmente en esta prueba, ocho sujetos en un nivel SOBRESALUDABLE; expresando las siguientes características:

- Conviven con padres y hermanos.
- Nivel de independencia ALTO / MODERADO
- Socialmente mejor adaptados (JAC, Grupos socioculturales, deportivos).
- Trabajan
- Viven con cinco o menos personas en casa.

Por último, en la prueba de pliegues cutáneos en la zona tricípital y pantorrilla, se encontraron seis sujetos en un nivel BAJO; dos de ellos por su adaptación morfo fisiológica ya que son deportistas de rendimiento (atletismo). Los seis coinciden en:

- Comparten habitación.
- Discriminación por algún miembro de su familia.
- Poco apoyo familiar para realizar estudios.

Y dentro de un nivel SOBRESALUDABLE se encuentran cuatro sujetos, expresando las siguientes características:

- Viven con menos de 5 personas en casa.
- Realizan oficios del hogar.
- Realizan desplazamientos convencionales (hogar – casa - amigos)
- Responden por sus gastos.

Conclusiones.

Respondiendo al objetivo principal planteado en el estudio, se concluye que existe una relación significativa entre la condición física de personas con DC y los determinantes sociales de la salud de tipo estructural e intermedio, aportando al descubrimiento de rasgos esenciales de calidad de vida y del componente salud en dicha población; y se entiende como relación significativa por la íntima relación que se halló en las respuestas del grupo focal de los sujetos respecto a sus condiciones de vida y los resultados en su condición aeróbica, componente corporal y de fuerza.

Por otro lado, también se concluye que los determinantes sociales de la salud comprenden un aspecto importante para el reconocimiento de las poblaciones vulnerables en un modelo ético y social. Desde el punto de vista del enfoque cuantitativo, se determinó que los baremos establecidos por el BPFT comprenden desempeños normalizadores para quienes presentan diversidad cognitiva, entendiendo éstos desempeños como aspectos cotidianos, que no exigen componentes fisiológicos superiores, que requieran de algún tipo de entrenamiento, sino unos desempeños acordes a las características de esta población y de su experiencia.

En otro aspecto, se concluye que las condiciones de vida de las personas con DC repercuten en su visión de la realidad y en su adaptación con el entorno; estas condiciones de vida influyen tanto de manera positiva como negativa en la participación de los sujetos dentro de un contexto social regular. Y finalmente, el apoyo para la realización de estudios con personas con DC representa en ellos un alto nivel de espontaneidad, independencia y auto concepto.

Referencias.

- Alejandro, J., Domínguez, T., Soto, N. G., Alejandro, Q. F. B. J., Domínguez, T., Nacional, I., ... Gante, P. De. (2015). El impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada The impact of social determinants of health in a marginalized community O impacto dos determinantes sociais da saúde numa comunidade marginalizada L ' impact des déterminants , *15*(1), 25–36.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, *63*(2), 201.
- Creswell, J., & Plano, C. (2007a). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 19.
- Cruz-Velandia, I., & Hernández-Jaramillo, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes The Magnitude of disability in Colombia: an approach to its determinants. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia)*, *6*(23), 23–35. Retrieved from
- Escobar, J., & Bonilla Jimenez, I. (2009). Grupos Focales : Una Guía Conceptual Y Metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, *9*(1), 51–67.
- Gallo, E., & Bolivar, Z. (2015). Educación diferencial en las políticas públicas del deporte, la recreación y la actividad física en Colombia. *Lúdica Pedagógica*, *21*(21), 19–31.
- Iván Martínez Lemos, R. (2016). Condición Física Saludable En Jóvenes Con Discapacidad Intelectual Health Related Physical Fitness in Youth With Intellectual Disability. *Journal of Sport and Health Research J Sport Health Res Journal of Sport and Health Research. Journal of Sport and Health Research J Sport Health Res*, *8*(83), 205–214.

- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud : base teórica de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 31(1), 28–36.
- Mello, A. L., & Rentsch, J. R. (2015). Cognitive Diversity in Teams. *Small Group Research*, 46(6), 623–658.
- Orealc, & UNESCO Santiago. (2009). Educación especial e inclusión educativa. *VI Jornadas*.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). *Concepciones, paradigmas, y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. (Vol. 1).
- Puyol, Á. (2012). Ética, Equidad Y Determinantes Sociales De La Salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178–181.
- Ríos Hernández, M. (2009). La inclusión en el área de educación Física en España: análisis de las barreras para la participación y aprendizaje. *Agora Para La Educación Física y El Deporte*, (9), 83–114.
- Rodríguez, M. A. P., & Cerdá, J. C. M. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366–373.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyo para personas con discapacidad intelectual. *Universidad De Salamanca*, 1–18.
- Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96–100.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (1998). Determinantes Sociales de la Salud: los hechos

irrefutables. *Organización Mundial de La Salud*, 1–29.

Winnick, J. P., & Francis X. Short. (1999). *The Brockport Physical Fitness Test Manual*
Una evaluación relacionada con la salud para jóvenes con discapacidades. Human
Kinetics.

Anexos

SUJETO		TLT (cm)
1	32	sobre Saludable
2	25	SALUDABLE
3	41	sobre Saludable
4	27	SALUDABLE
5	29	SALUDABLE
6	33	sobre Saludable
7	37	sobre Saludable
8	43	sobre Saludable
9	30	SALUDABLE
10	40	sobre Saludable

SUJETO	MCUT (rep)	
1	12	SOBRE SALUDABLE
2	7	SALUDABLE
3	26	SOBRE SALUDABLE
4	10	SALUDABLE
5	20	SOBRE SALUDABLE
6	8	SALUDABLE
7	15	SOBRE SALUDABLE
8	51	SOBRE SALUDABLE
9	50	SOBRE SALUDABLE
10	43	SOBRE SALUDABLE

SUJETO	EAHT (sg)	
1	23,15	SOBRE SALUDABLE
2	11,27	SALUDABLE
3	25,31	SOBRE SALUDABLE
4	18,33	SOBRE SALUDABLE
5	27,19	SOBRE SALUDABLE
6	2,93	BAJO
7	139,12	SOBRE SALUDABLE
8	72,89	SOBRE SALUDABLE
9	45,5	SOBRE SALUDABLE
10	60,45	SOBRE SALUDABLE

SUJETO	PL.C. (cm)			
	tricipital		pantorrilla	
1	31	SALUDABLE	15	BAJO
2	30	SALUDABLE	19	BAJO
3	19	BAJO	11	BAJO
4	30	SALUDABLE	20	SALUDABLE
5	22	SALUDABLE	11	BAJO
6	21	SALUDABLE	21	SALUDABLE
7	9	BAJO	11	BAJO
8	11	BAJO	9	BAJO
9	21	SALUDABLE	16	SALUDABLE
10	17	SALUDABLE	19	SALUDABLE







