



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

DE DISCAPACITADO A DEPORTISTA

UN ESTUDIO DE CASO EN LA ASOCIACIÓN ARAGUA
(ZARAGOZA)

FROM DISABLED TO ATHLETE
A CASE STUDY ABOUT THE ARAGUA ASSOCIATION IN
ZARAGOZA

Autor:

David Duerto Plaza

Directora:

María José Gómez Poyato

Codirector:

Antonio Eito Mateo

Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo
2016

Introducción:

Las personas discapacitadas tienen limitaciones en sus capacidades y habilidades funcionales y con el fin de mejorar su calidad de vida realizan terapias rehabilitadoras, una de ellas el deporte. Concretamente el trabajo se va a centrar en la discapacidad sobrevenida, la cual es causada por lesiones producidas por accidentes o enfermedades que surgen con el paso del tiempo. Con este estudio se pretende establecer un acercamiento al colectivo de personas con dicha discapacidad en el ámbito del deporte pues, debido a dificultades externas al trabajo se ha tenido que reducir la muestra de estudio.

Además, el trabajo se va a centrar en la Asociación Aragua de Zaragoza, la cual es una asociación sin ánimo de lucro compuesta por personas con discapacidad que promueve la autonomía personal de las mismas a través de la natación. Pues uno de los principales objetivos de dicha asociación es la utilización del deporte como técnica de mejora y desarrollo de las capacidades personales y sociales.

El objetivo de este trabajo es comprobar cómo el deporte puede ser utilizado como herramienta de ayuda para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad sobrevenida. La metodología utilizada es la cualitativa con el fin de observar e interpretar el objeto de estudio a través de distintas técnicas de recopilación de datos como, por ejemplo, la revisión bibliográfica de libros, artículos. Además, se ha realizado una búsqueda de información más directa mediante el uso de la técnica de la entrevista. Concretamente se han llevado a cabo diez entrevistas a deportistas que compiten o que han competido en natación, ya que este grupo de personas realiza deporte de forma más rutinaria y rehabilitadora pudiendo apreciarse mejor los beneficios.

El trabajo se divide en distintas partes, tras la introducción, se desarrollan los objetivos de este estudio y la metodología utilizada para alcanzar las metas propuestas. Seguidamente se explica la calidad de vida, así como las distintas dimensiones para evaluarla. También aparecen los distintos tipos de discapacidad y la naturaleza de la misma. Se examina la evolución histórica del deporte como medio terapéutico en las personas con dicha discapacidad y cómo influye el deporte en su vida. Para ello, se explicarán los diferentes programas y actividades que se llevan a cabo por la asociación. Se incluye un apartado donde se explica la intervención desde el Trabajo Social en el colectivo de la discapacidad. Por último, se realiza un análisis de los datos obtenidos en las entrevistas y, a partir de ahí, se plasman las conclusiones obtenidas, incluyendo una propuesta de mejora.

Índice

1. Objetivos	5
1.1 Objetivo general	5
1.2 Objetivos específicos.....	5
2. Metodología	6
3. Fundamentos teóricos	7
3.1 Calidad de vida y calidad de vida familiar	7
3.2 La discapacidad	12
3.3 Naturaleza de la discapacidad	15
3.4 Tipos de discapacidad	16
3.5 El deporte	17
3.6 Evolución histórica del deporte adaptado	18
3.7 Intervención desde el Trabajo Social con la discapacidad	20
4. Marco legislativo.....	24
4.1 Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.	24
4.2 Ley 2/2011, de 24 de febrero, modificación de la Ley 4/1993, de 16 de marzo, del Deporte de Aragón.	25
5. ARAGUA, ASOCIACIÓN DEPORTIVA	26
5.1 Historia de Aragua.....	26
5.2 Natación y discapacidad	28
5.3 Método de intervención.....	28
5.4 Educación en las aulas.....	29
6. Análisis de datos	30
7. Conclusiones	38
8. Bibliografía	40
9. Webgrafía.....	42
10. Anexos	43
10.1 Entrevista a los deportistas	43
10.2 Entrevista a la Trabajadora Social de Aragua	44

Índice de gráficos

Gráfico 1. Edad y Sexo	30
Gráfico 2. Año en el que se origino la discapacidad.....	31
Gráfico 3. Practica de deporte antes de producirse la discapacidad	32
Gráfico 4. Horas semanales que realizan ejercicio	34

Índice de tablas

Tabla 1. Dimensiones de la calidad de vida.....	8
Tabla 2. Evolución Histórica de los modelos de discapacidad	13
Tabla 3. Nivel de inseguridad	35
Tabla 4. Grado de dolor o molestias diarias.....	35
Tabla 5. Energía y vitalidad	36

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

A. Conocer qué se entiende por discapacidad y sus tipologías, así como, comprobar cómo mejora la calidad de vida de las personas discapacitadas con el deporte.

1.2 Objetivos específicos

A.1. Investigar la causa de asociación entre la discapacidad y el deporte.

A.2. Conocer las distintas actividades que pueden realizarse para el desarrollo físico, psíquico y social, con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

2. Metodología

La metodología a utilizar en esta investigación es la cualitativa, donde el investigador interpreta y observa la realidad a estudiar desde una perspectiva subjetiva. Puede decirse que la investigación cualitativa investiga el cómo y por qué de un aspecto de la realidad. El inicio de la investigación condiciona el final del mismo, aunque siempre se puede cambiar el objeto de estudio (Corbetta, 2007).

Por ello, el objetivo de esta investigación es conocer el vínculo del deporte y las personas con discapacidad sobrevenida, así como investigar su integración en la sociedad y la mejora de la calidad de vida.

Según Corbetta (2007), las técnicas de recopilación de datos de una investigación cualitativa, se puede dividir en tres tipos que son:

Observación: permite estudiar una realidad de interés participando desde dentro y estableciendo una interacción con los miembros a estudiar, con el fin de obtener información directa.

Entrevista: pretende obtener datos preguntando a los sujetos, con el objetivo de conocer el punto de vista individual de cada persona entrevistada. Las entrevistas en la investigación son estructuradas, es decir, tienen la misma formulación y el mismo orden, por lo que el estímulo es el mismo para todos los entrevistados.

Uso de documentos: Analizar una determinada realidad social, a partir del material producido por otros individuos, es decir, revisión bibliográfica de libros, artículos de prensa o en páginas web.

Con el uso de estas tres técnicas de recopilación de datos, se comprende mejor la realidad a investigar, así como, un acercamiento a la misma desde un punto de vista teórico (uso de documentos) y práctico en las entrevistas, en las cuales se ha podido observar e interpretar la información que transmitían para comprender mejor su situación.

3. Fundamentos teóricos

3.1 Calidad de vida y calidad de vida familiar

Una persona con discapacidad sobrevenida tiene limitaciones funcionales que antes no tenía, por lo que debe adaptarse a la nueva situación e intentar mejorar su calidad de vida a través de diversas terapias rehabilitadoras.

En primer lugar, tanto la persona afectada como la familia deben enfrentarse a la nueva realidad aceptando la situación y todo lo que ello implica, así como, la pérdida de habilidades y capacidades personales lo que puede afectar tanto a nivel físico, psíquico y social. Para el desarrollo de esa adaptación es necesario realizar un gran esfuerzo con el cuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria. Sarto Martín (2013) sostiene que el proceso de adaptación es algo dinámico, el cual no debe darse por cerrado nunca, ya que a medida que pasa el tiempo, comienzan a aparecer situaciones nuevas que vuelven a requerir una nueva adaptación.

Un aspecto que se va a desarrollar en esta investigación es el vínculo de la actividad física y el deporte como herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad sobrevenida.

Se entiende por calidad de vida un estado de bienestar personal deseado, el cual está influenciado por factores personales y ambientales y compuesto por varias dimensiones que afectan de forma distinta a cada persona, dependiendo de la relevancia que se les atribuye. La valoración de las dimensiones se mide con unos indicadores sensibles a la cultura y contexto en el que se aplican (Verdugo y Schalock, 2007).

Para comprender un poco mejor el concepto de calidad de vida, Gómez Bahillo (2012) afirma que el concepto se compone de dos dimensiones; por un lado, la dimensión subjetiva, la cual se relaciona con el grado de satisfacción personal por los logros obtenidos y que se mide a través de los indicadores psicológicos, y, por otro, la dimensión objetiva, que puede medir y cuantificar el grado de satisfacción mediante unos indicadores numéricos.

Por eso, se debe estudiar cada situación de forma integral para cada individuo, teniendo en cuenta ambas dimensiones para el conocimiento real de la calidad de vida de esa persona. Si solo se tiene en cuenta una dimensión los resultados obtenidos serían erróneos, porque no indicaría la satisfacción personal del individuo, la cual debe entenderse en la totalidad de ambas dimensiones,

pues debe valorarse tanto los objetivos o metas conseguidas en cualquier ámbito socio-laboral, así como, la satisfacción personal por haberlo conseguido.

En relación a las dimensiones objetivas y subjetivas, debe tenerse en cuenta para la elaboración de las preguntas de las entrevistas, pues deben reflejar la perspectiva objetiva sin olvidar la parte subjetiva, con el fin de poder medir la perspectiva global de satisfacción personal. De esta forma la recolección de los datos es completa en ambas dimensiones (Schalock, Gardner y Bradley, 2006).

Las **dimensiones de la calidad de vida**, se miden con indicadores objetivos y subjetivos para obtener unos mejores resultados. Las dimensiones de la calidad de vida, según Schalock y Verdugo (2003):

Tabla 1. Dimensiones de la calidad de vida

Bienestar emocional
Relaciones personales
Bienestar material
Desarrollo personal
Bienestar físico
Autodeterminación
Inclusión social
Derechos

Fuente: (Shalock y Verdugo, 2003).

Teniendo en cuenta que la investigación trata del vínculo del deporte con las personas con discapacidad sobrevenida, se comenzará desarrollando la dimensión del **bienestar físico**, ya que al tener una discapacidad sobrevenida, las capacidades y habilidades físicas han sido afectadas provocando una adaptación de la persona a esta nueva realidad teniendo en cuenta sus limitaciones. Los indicadores para medir esta dimensión son la salud, nutrición y actividades de la vida diaria entre otros.

En segundo lugar, la dimensión del **bienestar emocional**, es importante tenerla muy presente en este tipo de personas, puesto que los indicadores para medir la calidad de vida de esta dimensión se van a encontrar afectados, desde la satisfacción personal, el estrés, depresión o alegría. Todo depende en la fase que se encuentre del proceso de duelo, ya que el duelo es el proceso de adaptación emocional a cualquier tipo de pérdida. Dicho apartado será explicado más adelante.

A continuación la dimensión del **desarrollo personal**, cuyos indicadores son el bienestar cognitivo y las habilidades/competencias personales. Esta dimensión representa la capacidad para adaptarse a los cambios y se puede conseguir a través de una planificación centrada en el desarrollo personal, físico y psicológico.

Por otro lado, la dimensión de la **autodeterminación**, la cual se mide a través de los valores personales y la autonomía personal. La autodeterminación es la capacidad de tomar decisiones y realizar elecciones referentes a la calidad de vida de uno mismo, sin ser influenciado por personas externas.

La autonomía personal se refiere a la capacidad de afrontar las situaciones por uno mismo, sin ayuda o supervisión de terceros, en actividades como el aseo, la alimentación o la vestimenta del día a día. Las personas con discapacidad sobrevenida no son completamente autónomas, por lo que podría decirse que la autonomía refleja la dependencia hacia la familia o amigos (Esteban y Ortiz, 2008).

Estas dimensiones nombradas se caracterizan por ser personales y dependen de uno mismo y no tanto de los agentes externos. En cambio las dimensiones que se van a nombrar a continuación, se ven afectadas o compensadas gracias a terceras personas, ya sean amigos, familia o los poderes Públicos. En relación con lo anterior, podría decirse que el objetivo principal de toda persona, con o sin discapacidad, es poder desarrollar una vida lo más independiente posible como resultado de la participación social con el fin de obtener una buena calidad de vida (Frontera Sancho y Gómez Bahillo, 2012).

La dimensión de la **inclusión social**. La discapacidad influye en la forma de actuar y ser visto por la sociedad, desde las actividades rutinarias personales a la aceptación de los demás en los distintos ámbitos de la vida social. Los indicadores para medir esta dimensión son las actividades comunitarias que se realizan, el apoyo que recibe una persona a diario y el rol que desempeña en su círculo social.

Las **relaciones interpersonales**, pueden verse afectadas al tener una discapacidad sobrevenida como ya he explicado anteriormente, por ello, los indicadores para medir esta dimensión son la familia, amigos y la interacción con el medio social en general.

Por último las dimensiones del **bienestar material y los derechos** se miden con indicadores como el empleo, la vivienda o incluso el nivel socioeconómico y el acceso y la igualdad de las mismas en todos los ámbitos de la vida.

De acuerdo con el principal objeto de estudio, para la realización del trabajo se han seleccionado tres dimensiones por considerarse más próximas al individuo, dejando a un lado factores externos, y a partir de ellas llevar a cabo una aproximación al colectivo. Las dimensiones elegidas permiten evaluar la calidad de vida de los deportistas en función de sus capacidades y progresos. Éstas son el bienestar emocional, el bienestar físico y la autodeterminación.

Las dimensiones e indicadores se estructuran de acuerdo a un triple sistema según Verdugo y Schalock (2007): *microsistema*, *mesosistema* y *macrosistema*. Estos tres sistemas comprenden la totalidad del sistema social y permiten desarrollar programas y la planificación de los mismos. Así como evaluar los aspectos personales del individuo, dando una gran importancia a las dimensiones de calidad de vida como, por ejemplo, la felicidad de uno mismo, la autonomía personal o la libertad personal (**microsistema**).

Por otro lado el **mesosistema**, donde se debe tener en cuenta a los proveedores de servicios de la zona que les rodea, quienes deben centrarse en mejorar la calidad de vida de las personas, como por ejemplo, con la eliminación de las barreras arquitectónicas o la innovación tecnológica en prótesis. Por eso se puede decir que el mesosistema está influenciado directamente por el funcionamiento del microsistema.

Por último, el **macrosistema** muestra todo lo relacionado con la sociedad, así como, las medidas legales que afectan a la misma, es decir, son los factores que afectan a nuestros valores y costumbres sociales. Está influenciado por el desarrollo y funcionamiento del mesosistema.

La adaptación de las personas con discapacidad sobrevenida, es un proceso largo, que requiere una acomodación a la nueva realidad pero se debe tener en cuenta también la adaptación familiar, la cual puede tener presencia o ausencia de estrés en relación a la seriedad del suceso. El principal punto de apoyo de las personas con discapacidad sobrevenida es la familia, la cual determina el grado de bienestar del conjunto. Para mejorar dicho bienestar es muy importante el grado de autodeterminación entre el sujeto y su familia, ya que esta es un medio para mejorar la calidad de vida (Verdugo, 2004).

El concepto de calidad de vida da un sentido de referencia desde la perspectiva familiar. Un principio primordial para mejorar el bienestar personal de todos los integrantes de la misma es entender la calidad de vida tanto a nivel personal (persona discapacitada) como familiar. Pues, la familia también sufre un periodo de adaptación y debe adaptarse a la nueva realidad, por ello, deben

apoyarse en los distintos servicios que se encargan del desarrollo de las distintas etapas por las que pasa tanto la familia, como el familiar discapacitado (Sánchez, 2008).

En este sentido, la familia juega un papel muy importante en el desarrollo de los individuos, ya que, por un lado, garantiza la supervivencia física y, por otro, es su seno donde se obtienen los aprendizajes básicos que serán imprescindibles para la inserción en la vida social, es decir, superar el proceso de socialización donde se deben transmitir los valores y actitudes para integrarte en la sociedad.

La familia en su papel más tradicional, consideraba que la mujer era la encargada de cuidar a los familiares con dependencia, lo que ahora se denomina “apoyo informal” o “cuidadores no profesionales”. Con la entrada en vigor de la *ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, el artículo 18, se expone que se apoyará tanto al entorno familiar como a los cuidadores no profesionales con una prestación económica por el cuidado del mismo. De esta manera se puede afirmar que los poderes públicos intentan mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas, así como, la de sus familias.

Este tipo de mejoras legislativas favorecen la integración de las personas discapacitadas en la sociedad al igual que ofrece las mismas oportunidades para todos. Además con las ayudas económicas por el cuidado de un familiar, se tiene en cuenta el esfuerzo y tiempo que ello conlleva, por lo que se recompensa con una pequeña cuantía. Esta nueva ley supuso un gran cambio para las familias y, sobre todo, para las mujeres, ya que podrían recibir una cuantía económica por cuidado de un familiar. Gracias a las evoluciones legislativas, las personas discapacitadas y sus familias se ven ligeramente beneficiados fiscal y económicamente.

A pesar de las transformaciones de la legislación, la familia sigue siendo el principal punto de apoyo de las personas discapacitadas, en concreto los discapacitados sobrevenidos, ya que son quienes sostienen la estabilidad de toda la unidad familiar (García y Zarco, 2007).

3.2 La discapacidad

La discapacidad es un fenómeno que ha experimentado un cambio significativo a lo largo de la historia, así como, la terminología empleada para describir a este colectivo como su entendimiento y valoración social, a través de las políticas sociales y la acción social.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Es decir, las dificultades que afectan al desempeño de las funciones corporales por falta o pérdida de alguna capacidad motora, provocando una limitación en la participación social y pudiendo llegar a crear una marginación o exclusión de este colectivo. Por eso es tan importante concienciar a la sociedad para evitar esta discriminación y obtener una igualdad social.

Las políticas sociales han conseguido que la discapacidad pase de ser vista como algo marginal a alcanzar la inclusión social de este colectivo, garantizando un desarrollo personal que les permita una igualdad de condiciones (De Lorenzo García, 2007).

La sociedad es uno de los factores más importantes para lograr la inclusión de este colectivo y otros que se ven afectados hoy en día a causa de los valores y percepciones sociales. Por esta razón, la sociedad es el principal agente de cambio. Asimismo, las instituciones hacen lo posible por velar por los derechos de los discapacitados a través de iniciativas de mejora y prestación de servicios acorde con sus necesidades. Por último, con la iniciativa social e institucional, las personas son capaces de aunar fuerzas para lograr que los poderes públicos realicen cambios en las legislaciones con el fin de que toda persona disfrute de un mínimo de calidad de vida y alcance la plena inclusión social (Shalock y Verdugo, 2002).

Las personas discapacitadas han conseguido que se abandonen ¹términos y/o sean tratadas como víctimas al referirse a su situación. Además de que se adopten términos más acertados como personas con discapacidad o con diversidad funcional, un término que se utiliza cada vez más. Para llegar a esta terminología y forma de ver y entender a las personas discapacitadas, se puede hablar de la evolución de los distintos modelos o formas de entender la discapacidad (Schalock y Verdugo, 2003). A continuación se expone en la siguiente tabla.

¹Términos descalificativos como tullidos, inútiles o inválidos.

Tabla 2.Evolución Histórica de los modelos de discapacidad

<p>El modelo tradicional S XIX</p>	<p>Actitud de rechazo y segregación.</p> <p>La discapacidad desde el punto de vista religioso era un castigo por pecar.</p> <p>Una persona con discapacidad implicaba pobreza y marginación social.</p>
<p>Modelo médico o rehabilitador principios del S XX</p>	<p>Causas de la discapacidad → científicas, ya sea por enfermedades o accidentes.</p> <p>Discapacidad → problema personal.</p> <p>Individuo debe adaptarse a la situación.</p> <p>Mejora de las políticas sociales → causa heridos de guerra.</p>
<p>Modelo social 1960</p>	<p>Integración de este colectivo a la sociedad, la cual es la encargada de lograr la inclusión social.</p> <p>Surgen los primeros movimientos en defensa de este colectivo.</p> <p>Comienza la iniciativa de la plena igualdad social.</p>
<p>Modelo de integración o Modelo bio-psico-social Principios siglo XXI</p>	<p>Está inspirado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).</p> <p>Permite establecer relación entre los tres ámbitos importantes para entender la discapacidad.</p> <p>Unificando el modelo médico y social, la discapacidad se ve como un problema personal y social.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Schalock y Verdugo, (2003).

La discapacidad es un fenómeno presente en las personas y en la sociedad, cuya percepción y concepto varía con el paso del tiempo a través de cambios políticos y la iniciativa social. En las distintas épocas se puede distinguir el trato hacia estas personas, sus derechos e integración de las mismas en la sociedad.

Este cambio ha sido posible gracias a la interacción social en la forma de ver y entender dicho colectivo. Además de la evolución de las políticas sociales para garantizar la igualdad social y evitar la segregación y marginación de las personas con discapacidad. Por ello, se entiende la discapacidad como la interacción del individuo con la sociedad que le rodea y donde se plantea que la discapacidad no es algo fijo, es algo fluido y cambiante (Schalock y Verdugo, 2003).

Un ejemplo de dicha evolución es la aparición de distintas organizaciones y comités que representan a las personas discapacitadas en los distintos ámbitos de la vida diaria, ya sea en el ámbito personal, familiar o deportivo. En relación a la línea de esta investigación cabe destacar dos comités de importancia a nivel Nacional.

En primer lugar, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), es una plataforma de representación y acción política de las personas con discapacidad y está formada por distintas entidades y organizaciones de discapacitados que representan al conjunto de este colectivo y su familia.

En segundo lugar, el Comité Paralímpico Español (CPE), que se encarga de establecer el deporte de minusválidos similar al del deporte olímpico pero adaptándolo a las necesidades y capacidades de estas personas. Es un organismo sin ánimo de lucro, cuya finalidad es el desarrollo del deporte adaptado y su representación en los Juegos Paralímpicos (De Lorenzo García, 2007).

Por otro lado, destacar dos asociaciones de la comunidad autónoma de Aragón que representan al colectivo discapacitado en el ámbito deportivo y social.

Por un lado, la Asociación Aragonesa de Gestores del Deporte (GEDA), es una asociación sin ánimo de lucro, es el principal referente de profesionales de la gestión deportiva, entre sus funciones destaca los vínculos que establece con asociaciones afines de otros lugares de España. Además, construye grupos de estudio de los distintos aspectos que afectan a la gestión del deporte en Aragón (Asociación Aragonesa de Gestores del Deporte, 2007).

Por otro lado, la Fundación Disminuidos Físicos de Aragón (DFA), surge en 1976 con la misión de integrar al colectivo discapacitado en la sociedad en todos los aspectos de su vida; formación, ocio o laboral. Para lograr este objetivo, intentan eliminar los prejuicios sociales hacia este colectivo,

además de concienciar a la sociedad para evitar esa marginalidad al colectivo discapacitado promoviendo sus derechos (Fundación DFA, 2015).

3.3 Naturaleza de la discapacidad

La discapacidad puede darse de dos formas en las personas, o bien es congénita o sobrevenida. La discapacidad congénita se manifiesta en el periodo de gestación o en el nacimiento, ya sea por herencia genética, negligencia médica o malos hábitos durante el embarazo, como consumo de alcohol o sustancias estupefacientes. La sobrevenida es causada por lesiones producidas por accidentes o enfermedades que surgen con el paso de los años.

En ambos casos, las personas se ven afectadas por la discapacidad pero no al mismo nivel emocional. Las personas con discapacidad sobrevenida deben adaptarse a su nuevo entorno en el cual no tienen las mismas capacidades que antes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En cambio, las personas discapacitadas de nacimiento han aprendido a vivir con las capacidades que le caracterizan, pudiendo estimular su desarrollo funcional en colegios o asociaciones especializadas y mejorar sus capacidades, mientras que las personas con discapacidad sobrevenida no podrán llegar a tener las mismas capacidades que antes pudiendo provocar frustración en distintas etapas de sus vidas.

Por ello, esta investigación se va a centrar en el impacto de las personas con discapacidad sobrevenida y el efecto que ha causado a nivel personal y familiar, en consecuencia, la familia se suele convertir en el punto de apoyo de estas personas.

Según el Ministerio de Asuntos Sociales (1991) se puede extrapolar las distintas fases del duelo al conocimiento de la discapacidad tanto a nivel personal como del núcleo familiar, ya que la persona afectada por la discapacidad tiene una pérdida de sus capacidades provocando una nueva situación a la que debe adaptarse, al igual que la familia.

La primera fase es la **negación**, esto se debe a que nadie quiere perder sus capacidades funcionales y verse impedido en las actividades que realiza. Es un momento donde se necesita tanto apoyo familiar como profesional, para ayudar a entender y superar esta nueva etapa de su vida del individuo y familia.

La segunda fase, es la del **enfado**, en ella se intenta comprender qué ha ocurrido y cómo. Las personas se encuentran en un estado de enfado por la pérdida de sus capacidades y verse impedidos en las actividades básicas de la vida diaria, suele caracterizarse por una etapa de culpabilidad. La

familia, también pasa por esta etapa, pues no entiende por qué les ha tenido que pasar y sufren por la persona afectada y su futuro.

La siguiente fase es la de la **negociación**. En este momento se valoran los pros y los contras de las capacidades perdidas con el fin de intentar buscar una posible solución para mejorar la calidad de vida personal. Esta etapa se caracteriza por la búsqueda de alternativas a la vida anterior, dedicarse a *hobbies* nuevos, como por ejemplo la natación con el fin de recuperar habilidades y mejorar en calidad de vida.

La fase de **depresión** aparece por el fracaso de la fase anterior, la cual suele caracterizarse por una sobreprotección por parte de la familia, que impide que la persona vea la realidad para poder enfrentarse a ella.

Por último, la fase de **aceptación**, donde se asume la pérdida de capacidades funcionales, provocando un cambio en la forma de ver y entender el mundo. La persona discapacitada reconoce qué puede o no hacer e intenta adaptarse a la nueva vida con sus limitaciones y habilidades funcionales.

En todas las fases es necesario tener apoyo profesional y familiar para que ayuden al individuo a entender y comprender la situación personal. Las asociaciones son un punto de apoyo para este colectivo, porque a ellas acuden personas con una misma situación personal y familiar y entre ellos pueden ayudarse mutuamente contando sus experiencias o formas de realizar distintas actividades.

3.4 Tipos de discapacidad

Existen distintos tipos de discapacidad dependiendo de las capacidades funcionales afectadas o ausencia de las mismas. Todas ellas se clasifican en distintos grados y a su vez pueden conllevar varias, las cuales pueden darse por diversas causas. Las más destacadas son por factores congénitos, accidentes o enfermedades degenerativas. A continuación se van a explicar brevemente las distintas tipologías:

La discapacidad física, se define como una pérdida o deterioro que impide o dificulta el movimiento de la persona afectada.

La Discapacidad Intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, así como en habilidades adaptativas o sociales (Paton, 2010).

La Discapacidad Sensorial se caracteriza por la disminución o pérdida de alguno de los sentidos. La discapacidad auditiva y visual tiene una gran representación en asociaciones porque la pérdida de uno de estos sentidos afecta significativamente a las actividades del día a día, por lo que las asociaciones tienen como fin ayudar y fomentar una mejor calidad de vida a través de distintos programas y actividades.

3.5 El deporte

El deporte es toda actividad física cuyo objetivo es obtener resultados. Entre los distintos propósitos del deporte, se encuentra el deporte como recreación o ejercicio, que tiene como finalidad el bienestar del individuo y la mejora de metas personales. El fin de practicar deportes puede ser variado, desde la realización de ejercicio hasta la rehabilitación o competición (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991).

Para las personas discapacitadas el deporte tiene un valor añadido. Actualmente se usa como terapia rehabilitadora con el fin de mejorar o recuperar una capacidad perdida. Además, con el deporte las personas mejoran aspectos psicológicos al ver cómo, con esfuerzo y constancia, van recuperando distintas capacidades ganando confianza en uno mismo.

Según el Ministerio de Asuntos Sociales (1991) muchas personas con discapacidad pueden participar en disciplinas deportivas y, para poder realizar cualquier deporte, el individuo tiene que adaptarse a las limitaciones personales a través de distintas normas deportivas. Cabe destacar que no tiene por qué modificarse el reglamento en todas las ocasiones porque dependiendo del tipo y grado de discapacidad, los deportistas pueden tener las capacidades y cualidades necesarias para realizar el deporte sin adaptaciones. Por tanto, el deporte es una forma de ver las limitaciones personales y trabajar sobre ellas para superarlas.

Alguna de las disciplinas deportivas que destacan en el deporte para personas con discapacidad son:

- **Ciclismo**
- **Balonmano**
- **Piragüismo**
- **Tenis**
- **Natación**

El objetivo principal del deporte es favorecer la salud personal para obtener una mayor calidad de vida, favoreciendo el estado físico, psíquico y social de los deportistas. Según el Consejo Superior de Deportes (2011) los beneficios del deporte para personas con discapacidad se pueden dividir en tres tipos:

En primer lugar los beneficios físicos pues, al realizar deporte de manera eficiente y constante, se consigue un desarrollo funcional de las capacidades individuales perdidas o poco desarrolladas, mejorando el tono muscular de gran parte del cuerpo. Con el perfeccionamiento de las nuevas habilidades adquiridas y el desarrollo funcional se consigue una mejora de calidad de vida, ya que permite realizar actividades que quizás antes no podían o dependían de otras personas para que les ayudasen a realizarlas.

En segundo lugar, la realización de ejercicio físico conlleva una mejora psíquica, pues el deporte es un instrumento para liberar la agresividad y para relajarse, tanto a nivel físico como psíquico, reduciendo la ansiedad. De este modo, se acepta la realidad tal y como es, reconociendo las capacidades personales y obteniendo un mayor autocontrol.

Por último, realizar deporte aporta unos grandes beneficios en el área social, ya que se incrementan las relaciones sociales personales. Esto suele estar afectando en las personas con discapacidad, o bien, porque el sujeto se aísla del resto o la sociedad los margina en las actividades de la vida diaria. Por esta razón, se puede afirmar que el deporte favorece la integración social, ya sea con personas discapacitadas o no, y refuerza la vida en grupo del mismo.

3.6 Evolución histórica del deporte adaptado

La primera iniciativa del deporte adaptado surgió en 1918 con las personas mutiladas en la guerra de Alemania, las cuales utilizaban el deporte para olvidar la situación que estaban viviendo con el fin de recuperarse lo antes posible para comenzar su nueva vida.

Según el Consejo Superior de Deportes (2011) el Dr. Ludwig Guttmann fue el pionero en crear un centro para el tratamiento de lesiones medulares en Stoke Mandeville (Inglaterra) en el año 1944, utilizando el deporte como terapia rehabilitadora, evitando las largas horas de gimnasio y la rehabilitación hospitalaria.

En 1948 se crean los juegos de Stoke Mandeville, la Olimpiada del deporte adaptado para personas con discapacidad con la participación exclusiva de miembros de las Fuerzas Armadas británicas. Hasta el año 1952, los juegos Stoke Mandevilleno adquirieron un carácter internacional donde se ampliara a todo tipo de personas y discapacidades.

Los Juegos Paralímpicos empezaron a denominarse así oficialmente en el año 1964, con la Olimpiada de Tokio. Existen distintas versiones de la etimología de la palabra; una versión viene por la unión de paraplégicos y Olimpiada, que se atribuye al pionero Dr. Guttmann, y otra en la que opinan que se denominaron Juegos Paralímpicos en sentido de una Olimpiada Paralela. Esto se produjo porque se negó el permiso para usar el título de Juegos Olímpicos. La versión más acertada es esta última, pues como hemos visto la evolución y normalización, tanto de la discapacidad y del deporte adaptado, ha ido evolucionando poco a poco, ya que la sociedad no consideraba el deporte adaptado como tal (Consejo Superior de Deportes, 2011).

En 1992 en Barcelona, al fin se consiguió la aceptación total del deporte adaptado como un espectáculo deportivo, logrando la integración y normalización social.

En la actualidad, las Paraolimpiadas se encuentran casi en equilibrio con las Olimpiadas a nivel de organización, representación y difusión en los medios de comunicación, los cuales son el indicador idóneo para conocer el grado de normalización e igualdad en el deporte.

El deporte adaptado y los medios de comunicación son un ejemplo de la evolución y normalización de la discapacidad en el mundo deportivo. Según Álvarez Villa, et al (2012) el deporte profesional adaptado en la prensa se divide en distintas fases.

En la primera etapa (1948-1980), la información publicada en los medios de comunicación sobre los deportistas discapacitados es escasa o nula hasta el año 1980, donde la discapacidad se da a conocer gracias a la fundación ONCE. No es hasta el año 2000 cuando el deporte paralímpico es visible para toda la población en los medios de comunicación, sobre todo, se debe a los avances en Internet. El deporte adaptado al igual que la discapacidad ha ido evolucionando en consonancia con los valores socio-culturales de la sociedad. Estos avances provienen de la acción social y mediática.

3.7 Intervención desde el Trabajo Social con la discapacidad

El Trabajo Social está compuesto por una gran diversidad de perspectivas paradigmáticas de las cuales nacen los distintos modelos para la intervención. La intervención en el Trabajo Social se desarrolla con personas, grupos y comunidades, está orientada a ayudar y capacitar a las personas en distintos procesos vitales con el fin de mejorar la calidad de vida personal y familiar. Desde esta disciplina se debe actuar en los contextos que condicionan de forma directa a todos los ciudadanos, teniendo como referentes la Declaración Internacional de los Derechos Humanos y la justicia. Por ello, la intervención se centra en el entorno social además de la persona (Barranco Expósito, 2004).

La intervención del profesional viene marcada por dos aspectos clave; en primer lugar, la institución en la que desarrolla su labor profesional, pues si trabaja en una institución pública o privada dispondrá de unos recursos u otros, dependiendo de la especialización de cada centro, por otro lado no se debe olvidar que dependiendo de la situación personal o familiar que presente cada usuario se podrá satisfacer en mayor o menor medida sus demandas.

Según Muyor (2011), el trabajo social debe implicarse en las demandas de los ciudadanos nombradas anteriormente pero sin olvidarse de actuar en el ámbito político, el cual influye de forma directa en la imagen social de cualquier colectivo de la sociedad, concretamente en el de la discapacidad que estipula sus condiciones de vida aún en situación de desigualdad y exclusión social. Por ello, tiene un papel transformador en la sociedad tratando de comprender a este colectivo y dar respuesta a sus demandas. En este caso el trabajo social permite un acercamiento entre las personas con discapacidad sobrevenida y la sociedad a través del deporte y para conseguir una mayor integración social se han creado múltiples fundaciones, comités y asociaciones como DFA, CERMI y GEDA mencionadas en apartados anteriores, donde cada una ellas se orienta a distintos ámbitos desde el deporte hasta la calidad de vida del individuo y su entorno.

Como se ha podido observar en el apartado de la evolución histórica de la discapacidad de este estudio, la sociedad es un determinante del trato que se da a las personas discapacitadas, por ello se debe resaltar la importancia de trabajar con toda la sociedad y no solo con las personas de este colectivo que solicitan algún tipo de ayuda o cambios. El nivel ideal para intervenir en un área pequeña desde el trabajo social es el comunitario, pues enfoca la intervención en, con y para la sociedad, de esta forma el objetivo de la intervención es valorado desde los distintos puntos de la sociedad, sin tener en cuenta cualidades ni capacidades de los participantes.

El profesional debe asumir un papel más directivo para tratar de orientar y organizar en la medida de lo posible la interacción en el grupo, debe motivar a los integrantes potenciando sus habilidades a través de la empatía y compromiso profesional (Fernández García & López Peláez, 2006). Por ello, el trabajador social debe animar a los deportistas del grupo a conseguir superarse personalmente mediante el establecimiento continuo de metas y el reconocimiento de progresos. Además, los deportistas de competición deben lograr un nivel de esfuerzo mayor ya que las metas son más numerosas y exigentes en relación a la capacidad física, resistencia, recuperación y mejora de habilidades perdidas.

Según Rossell Poch, (1998) el trabajo social de grupo es un método de trabajo social que tiene múltiples aplicaciones. El valor del trabajo de grupo radica en la relación que establecen los miembros entre si dentro del grupo, y en la situación de grupo en sí misma. La participación en grupo se ofrece a personas que tienen una situación o problema común, para que, a través de la sociedad, puedan conseguir mejorar su situación personal, y su calidad de vida. Así pues, el avance de uno de los integrantes del grupo de natación puede motivar al resto de deportistas a continuar luchando diariamente para conseguir los objetivos que se quieren alcanzar. Pues, el grupo fomenta el compañerismo para que las personas no se rindan, ayudándose mutuamente y, de esta forma, puedan conseguir realizar actividades que por sí solos no podrían o les supondría un mayor esfuerzo.

Esta intervención se puede realizar a través de grupos de apoyo mutuo, tales como las asociaciones de personas discapacitadas, donde se expone un tema a tratar y se dialoga de forma ordenada entre todos, donde el profesional hace el papel de mediador o líder del grupo.

El objetivo de estos encuentros es detectar los problemas o dudas que surgen de los temas a debatir, además de detectar a nivel individual qué persona necesita un apoyo extra en algún ámbito de su vida. Por ello, la intervención a nivel individual es la forma de actuación perfecta para resolver los problemas personales de cada persona que se han podido detectar en la intervención grupal, en la observación del profesional del día a día o por petición del usuario.

Según Zastrow, (2007) el trabajo social reconoce que el grupo sirve como herramienta de ayuda, los integrantes son la primera fuente de cambio. El papel del profesional es ayudar y orientar al grupo para conseguir los objetivos establecidos, los cuales suelen ser a corto plazo que enlazan con el objetivo final a largo plazo. Además, los objetivos grupales orientan el esfuerzo y las actividades a realizar de los mismos, una vez que establecen una meta hacen lo posible por cumplirla. De esta manera, los deportistas que compiten deben llevar a cabo un entrenamiento continuo para que, así, gracias al esfuerzo y a la realización de actividades rutinarias a largo plazo puedan competir.

Para evaluar la calidad del proceso en las dinámicas establecidas y poder valorar el grado de consecución de los objetivos planteados, creando confianza del grupo, así como lograr un buen clima para satisfacer sus necesidades y adoptar actitudes nuevas con el fin de solventar los obstáculos (Molina Álvarez, 2011). Pues, la seguridad y confianza en uno mismo es uno de los aspectos claves para que las personas con discapacidad sobrevenida puedan resolver los obstáculos que se encuentran y alcanzar una mejoría en la calidad de vida.

El modelo ideal de actuación desde el trabajo social es el sistémico, puesto que observa al individuo con discapacidad como un sistema, que pertenece a otro sistema y subsistemas, contempla a la familia en su conjunto ya que los comportamientos de cada miembro repercute al resto de la unidad familiar. Para intentar solventar dichos problemas de conducta o adaptación se interviene con la familia en su conjunto, así ven y entienden los distintos puntos de vista de la familia, el profesional debe actuar desde una perspectiva neutral. Este tipo de modelo de intervención es el realizado por la Asociación Aragua por considerarse uno de los modelos más idóneos y completos para solucionar los problemas que puedan surgir a nivel individual y familiar.

Es difícil ver la conexión que puede crearse entre el Trabajo Social y el deporte y lo que se pueden aportar mutuamente, no solo al individuo sino a nivel familiar y social. Desde la mirada del trabajador social se puede percibir la relación que se crea como una herramienta de la intervención social, pues se establece con las personas un plan de trabajo elaborado a partir del diagnóstico principal donde está implícito las distintas fases de intervención con el fin de mejorar su situación personal, ya que el deporte favorece la integración de estas personas a una vida normalizada como la que tenían antes, así como promover nuevas amistades y fomentar la creación de un nuevo tejido social. Cabe destacar que el deporte puede transmitir distintos valores a las personas que lo practican, desde respeto o confianza al conocimiento de sus capacidades personales.

El trabajador social es el encargado de intentar integrar a las personas discapacitadas en la sociedad, lo consigue a través de los distintos niveles de actuación nombrados anteriormente, cada nivel tiene un fin y todos juntos pueden conllevar a una plena integración social, además de restaurar aquellas habilidades sociales que después de la discapacidad sobrevenida se hayan visto afectadas o deterioradas, como por ejemplo la asertividad, pues una persona con discapacidad sobrevenida dependiendo de la fase del proceso del duelo que se encuentre no actuará de la forma esperada por la sociedad. Por ello, la intervención del profesional se realiza a nivel global, a través de equipos multidisciplinares con el fin de actuar en todos los ámbitos de la persona y así solventar los problemas de las mismas.

El profesional debe reciclarse continuamente de los distintos recursos disponibles para las personas discapacitadas para poder proporcionarles la información que soliciten, de esta forma se puede satisfacer o enfocar la demanda pudiendo orientarla a otros recursos existentes de la zona que satisfagan de una forma más eficiente sus peticiones (Gil Blázquez, Moya Sánchez, & Collada Serrano, 2007).

En relación con el reciclaje profesional, cabe destacar también de la importancia de realizarlo en todos los ámbitos laborales, es decir, no solo en los recursos de la zona, sino tener en cuenta las nuevas técnicas e instrumentos de actuación con el fin de comprender los cambios sociales que se producen y adaptar la actuación a ellos. A través de las distintas técnicas de actuación, el profesional puede solventar los problemas que surgen en el proceso de ayuda y adaptación de las personas discapacitadas, permitiendo que estas personas vuelvan a sentirse respetadas e integradas en la sociedad.

4. Marco legislativo

En el marco legislativo quiero destacar por un lado, la ley general de la discapacidad y, por otro lado, las leyes a favor del deporte para personas discapacitadas de Aragón, ya que es una forma de ver la evolución legislativa en beneficio de las personas con discapacidad, así como, su integración social con el deporte.

4.1 Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

La aprobación de esta implica la derogación de las normativas:

- *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad.*
- *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.*
- *Ley 49/2007, de 26 de diciembre, de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.*

La aprobación de esta ley implica la unificación de toda la normativa en relación a la materia, para garantizar que la discapacidad esté presente en el ámbito político para una mayor protección de este colectivo. Además el desarrollo de las leyes implica una mejora de las distintas dimensiones nombradas para medir la calidad de vida personal y familiar.

La finalidad de esta ley es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos/as, a través de la promoción de la autonomía personal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente, además de la supresión de toda forma de discriminación. El propósito de esta ley es garantizar la plena inclusión social de este colectivo.

4.2 Ley 2/2011, de 24 de febrero, modificación de la Ley 4/1993, de 16 de marzo, del Deporte de Aragón.

El preámbulo de esta nueva ley refleja que, en el Estatuto de Autonomía de Aragón, los poderes públicos aragoneses promoverán medidas para garantizar la autonomía e integración social y profesional de las personas con discapacidades, así como, su participación en la vida de la comunidad.

La Ley 4/1993, de 16 de marzo, del Deporte de Aragón impedía que las personas discapacitadas pudieran tener su propia federación deportiva ya que, según el artículo 25, solo puede reconocerse oficialmente una federación deportiva por cada modalidad. Esta nueva ley permite el reconocimiento de federaciones aragonesas de deportes de personas discapacitadas y, de esta forma, proporciona la plena integración de las personas con discapacidad en el ámbito del deporte.

5. ARAGUA, ASOCIACIÓN DEPORTIVA

5.1 Historia de Aragua

Aragua, nació en Aragón en 2010, es una asociación sin ánimo de lucro compuesta por personas con diversidad funcional, cuyo propósito es la inclusión social, fomentando la autonomía personal a través del deporte, concretamente con la natación.

A través de la entrevista realizada a la trabajadora social de la asociación y la memoria del año 2014, se ha sintetizado la historia de la asociación, así como, los servicios que ofrece siendo uno de estos la natación como terapia rehabilitadora.

La asociación la crearon un grupo de personas con discapacidad que venían de un equipo de competición de un deporte adaptado, querían trabajar nuevos retos y decidieron crear algo nuevo, con la finalidad de competir además de disfrutar de los beneficios que la natación les aportaba. Para lograr esa inclusión, crearon cursillos para personas con y sin discapacidad pues, si solo hacían cursillos para personas con discapacidad y otros para personas sin ella, no se llega a convivir y lograrían una integración social pero no sería completa.

La asociación la crearon unos 15-20 nadadores, con diferentes tipos de discapacidad y dos monitores sin discapacidad. En la actualidad, hay seis personas en el equipo de competición y como usuarios unas trescientas.

El número de personas con discapacidad reconocida está aumentando con el paso de los años, se debe en parte al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades y problemas de la salud. En el año 2012, había 42,7 (miles de personas) con discapacidad reconocida mayor o igual al 33% en Aragón, la discapacidad afecta más a hombres que a las mujeres. El tipo de discapacidad que predominaba era (Física y otras) con 57,8% de la población, seguido de la discapacidad psíquica 13,8%, mental del 15,2% y sensorial el 13,1% (Instituto Aragonés de Estadística, 2014).

Aragua está representada en tres de las cuatro federaciones españolas más importantes de deportes para personas con discapacidad:

- Federación Española de Deportes para personas con Discapacidad Física (FEDDF).
- Federación Española de Deportes para personas con Parálisis Cerebral y Lesión Cerebral (FEDPC).
- Federación Española de Deportes para Ciegos (FEDC).

Servicios que ofrece:

El primer servicio que realiza es la acogida de nuevos usuarios con y sin diversidad funcional, donde se les facilita la información sobre la asociación, sus cursos y todo lo que compete a ella.

Es la primera toma de contacto con la asociación, es “la puerta de entrada”, donde se facilita toda la información a las personas y donde se detectan las necesidades de estas, con la finalidad de cubrirlas o solventarlas con las actividades que realiza la asociación junto a su equipo multidisciplinar, con la ayuda de la trabajadora social, los psicólogos y los fisioterapeutas.

En segundo lugar, una vez pasado el proceso de acogida, dependiendo de las necesidades y demandas de las personas, da lugar a la atención social, asesoramiento de recursos o ayudas económicas, con el objeto de mejorar su inserción en todos los ámbitos de su vida diaria, ya sea en el ámbito laboral, social, educativo o vivienda.

Esta inserción se consigue a través de las distintas asociaciones de Zaragoza que trabajan en cada área, facilitándoles la información de las mismas y cómo contactar con ellas o incluso derivarlos a través de Aragua, la cual tiene un especial colaboración con Cocenfe Aragón o con la asociación Asperger. En la entrevista realizada a la trabajadora social, comentó que la coordinación entre los distintos recursos de la zona es un punto a reforzar y que actualmente es algo en lo que están trabajando.

Otra de los servicios que ofrece es intervención y mediación familiar. Este tipo de intervenciones se realizan con las familias y el usuario con diversidad funcional que se encuentran en una situación más complicada, como por ejemplo, personas con problemas de integración social, o , también, a personas que van perdiendo funcionalidad a causa de su enfermedad o discapacidad. Este servicio además se ofrece a núcleos familiares sin miembros con diversidad funcional, pero no es algo habitual.

5.2 Natación y discapacidad

El agua tiene una propiedad que consigue que un cuerpo flote, reduciendo la masa del mismo, aumentando la movilidad corporal. Por ello, a través de la natación se pueden cumplir las metas personales de cada persona con diversidad funcional, ya que la natación tiene muchos beneficios si la realizas de forma correcta, es decir, es una de las mejores técnicas de rehabilitación.

Dentro de la propia natación en Aragua, se diferencian distintas partes, por un lado están los cursillos de natación, por otro, la natación como terapia rehabilitadora o de competición. Se aumenta la autoestima de las personas porque ven que pueden realizar movimiento que de normal no pueden fuera del agua. Además es una forma de mejorar las redes sociales de estas personas las cuales suelen moverse en un círculo muy reducido de personas y, gracias a la natación, aprenden a relacionarse con individuos en una situación similar a la suya.

Este trabajo de investigación se va a centrar en la natación como terapia rehabilitadora y como competición. Cabe destacar que los entrenamientos de natación para competición se basan en ejercicios muy exigentes a nivel de técnica, condición y velocidad ya que las marcas fijadas para competir son muy rígidas, lo que implica un gran esfuerzo, compromiso personal y con el entrenador (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991)

5.3 Método de intervención

Aragua es una asociación que centra sus actividades vinculadas a la natación como herramienta de superación, utilizando un enfoque metodológico de intervención desde el Trabajo Social que asocia distintas disciplinas: Trabajo Social (Intervención individual, familiar y comunitaria), Fisioterapia, Educación Física y Psicología.

El método utilizado es el sistémico en trabajo social, ya que este modelo ve al individuo como un sistema, el cual pertenece a otro sistema o subsistema, es decir, se valora a la persona de una forma bio-psico-social, teniendo en cuenta el individuo, así como, su entorno social y familiar con el fin de comprender mejor el núcleo personal de la familia.

Uno de los programas a destacar que ofrece Aragua a sus socios y familias es el programa Respiro. Este programa tiene la finalidad de que los niños/as con gran dependencia disfruten de un

sábado al mes sin la presencia de sus padres/madres/familia, con el objetivo de que la familia desconecte por un día del cuidado intenso de su hijo/a.

Es una forma de fomentar la autonomía de estas personas, así como, de prevenir una sobreprotección que perjudique a sus hijos/as. Todo ello para intentar obtener una mejor calidad de vida de estas personas y sus familias.

5.4 Educación en las aulas

Una labor que realiza Aragua es la de sensibilizar a la sociedad, en especial a las personas más jóvenes, sobre la relación de la discapacidad y la sociedad en la actualidad. El proyecto se llama “*De mi boca a tus ojos, hablando se integra la gente*”.

El proyecto consiste en ir a las aulas de los jóvenes y si ellos quieren, también, pueden ir a su piscina para ver lo que realizan en ella. En ambos casos, tanto monitores como personas con diversidad funcional plantean reflexiones o juegos, explicándoles la importancia del deporte adaptado y sus experiencias de vida como deportistas con diversidad funcional.

Es un programa de éxito y a día de hoy sigue vigente e incluido en el Catálogo de Programas Educativos del Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón.

6. Análisis de datos

Para realizar este estudio se han realizado diez entrevistas a deportistas que se dedican o se han dedicado a competir en distintos estilos de natación de la Asociación Aragua de Zaragoza. De las diez entrevistas realizadas, ocho de ellas han sido presenciales y las otras dos de forma online, por incompatibilidad horaria. Más de la mitad de los entrevistados han sido mujeres, concretamente seis, frente a cuatro hombres. La media de edad de los entrevistados es de 34 años, siendo la máxima de 48 años.

Gráfico 1. Edad y Sexo



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de estudios se ha observado que éste influye de forma indirecta en la capacidad que tiene una persona para afrontar los problemas. En este análisis se ha comprobado que cuanto mayor es el nivel de estudios, mejor es la capacidad de adaptación al medio y resolución de problemas. Para ello, se han establecido tres niveles de estudios: mínimo, personas que poseen la ESO, medio, Bachillerato o Formación Profesional, y máximo diplomaturas. Tras realizar las entrevistas se ha llegado a la conclusión de que un nivel de estudios medio-alto implica una mayor resiliencia, es decir, la capacidad para enfrentarse a una adversidad. Esto se ve reflejado en la

búsqueda de diversas opciones para mejorar su calidad de vida como son asociaciones o bolsas de empleo adaptadas a sus capacidades.

En relación a la pregunta: **¿Cuándo se originó la discapacidad?**, las respuestas han sido muy variadas como se muestra en la siguiente tabla. La edad mínima en la que apareció la discapacidad es de 1 año, siendo la máxima de 32 años. Todas las personas entrevistadas tienen reconocida la discapacidad y el motivo de dicha discapacidad se da por dos motivos, causado por un accidente o una enfermedad degenerativa, como por ejemplo; atrofia olivo-ponto-cerebelosa o ictus cerebral.

Gráfico 2. Año en el que se originó la discapacidad



Fuente: Elaboración propia.

El motivo por el que realizan deporte en la actualidad es para mejorar su estado de salud a nivel general, dos de los entrevistados es por prescripción médica (rehabilitación), de esta forma las lesiones que tienen no avanzan con tanta rapidez. Además, todos los entrevistados destacan la importancia del deporte, sobre todo la natación en sus vidas para el desarrollo físico. Al potenciar su estado físico, aumentando la masa muscular, resistencia o fuerza pueden realizar mayor número de actividades en su día a día.

Antes de originarse la discapacidad practicaban deporte de forma rutinaria tres personas, debe tenerse en cuenta que de la muestra total, los entrevistados 1, 3 y 6 se les originó la discapacidad entre uno y tres años (en el siguiente gráfico se refleja como que no realizaban deporte).

Gráfico 3. Practica de deporte antes de producirse la discapacidad



Fuente: Elaboración propia.

El beneficio que principalmente obtienen al realizar natación es el desarrollo de su estado físico, cabe destacar que también experimentan beneficios sociales, pues el deporte favorece la integración social, reforzando la vida en grupo llegando a crear una identidad de pertenencia, en este caso a Aragua.

Al mismo tiempo, los beneficios psicológicos también están presentes en el deporte de este colectivo, ya que van superando sus metas personales.

“Beneficios psicológicos, muchos la verdad, el ánimo es una pasada, es como si me pusieran otro chip en mi cabeza, me siento distinta”(Entrevista 4).

Teniendo en cuenta los autores desarrollados en el marco teórico, las dimensiones de calidad de vida escogidas para plasmar el acercamiento al colectivo de la discapacidad sobrevenida y el deporte han sido el bienestar emocional, bienestar físico y la autodeterminación. Además, en cada dimensión centrada en la persona se ha tenido en cuenta la perspectiva objetiva y subjetiva, valorando la apreciación y satisfacción personal. Para poder medir la calidad de vida se han utilizado los indicadores de cada dimensión a evaluar en las preguntas de las entrevistas.

Dimensión del bienestar emocional:

Los indicadores y descripciones utilizadas para medir esta dimensión han sido la satisfacción, el funcionamiento físico y mental. Por otro lado, se ha tenido en cuenta el autoconcepto, y a su vez la identidad e imagen corporal de los deportistas. Como se ha explicado en el marco teórico esta dimensión siempre se va a encontrar afectada en mayor o menor medida, ya que engloba la alegría, tristeza, depresión... determina la fase del duelo en la que se encuentra cada persona.

La satisfacción personal de los entrevistados se ha visto incrementada desde que realizan ejercicio. Al realizar ejercicio experimentan los beneficios que les aportan los mismos y la repercusión que tiene en sus vidas, así como en la mejora de su funcionamiento físico. Además el 70% de la muestra seleccionada realiza otros deportes al mismo tiempo que la natación.

“Empecé natación como terapia para poder mover las piernas, no tenía muchas esperanzas en que me sirviera de algo. Ahora puedo andar (mal), con ayuda de muletas y se lo debo principalmente a la natación. Vi los beneficios que me aportaba nadar y he seguido nadando, quiero seguir mejorando” (Entrevista 8).

El estado anímico de los entrevistados desde una perspectiva subjetiva puede decirse que ha ido evolucionando en relación a las fases del duelo en la que se encontraban, cuando la discapacidad aparece con una edad avanzada el choque emocional es mayor porque requiere una mayor adaptación y aceptación de la nueva situación.

“En su día fue un palo... un palo gordo. Pero hoy he aprendido a vivir con lo que me ha tocado” (Entrevista 5).

“No recuerdo otra forma de vida, puedes tener días mejores o peores pero como todo el mundo” (Entrevista 6).

Un indicador para medir la dimensión del bienestar emocional es el autoconcepto, el cual describe la identidad y valía personal, además de la imagen corporal. Desde una perspectiva subjetiva, la mayor parte de los entrevistados coinciden que al hacer deporte les ha mejorado su imagen corporal, están a gusto con su cuerpo. En varias ocasiones han destacado que no es el motivo principal por el que realizan ejercicio, pero también les satisface pensar que mejora o modelan su imagen corporal.

Los deportistas que más horas emplean a la semana para realizar ejercicio coinciden con las que se dedican actualmente a competir. Las personas que tienen mayor grado de discapacidad invierten más horas entrenando, ya que requieren de una mejor preparación tanto técnica como de resistencia.

Gráfico 4. Horas semanales que realizan ejercicio



Fuente: Elaboración propia.

Un aspecto a tener en cuenta en las personas con discapacidad sobrevenida es la seguridad personal, puesto que tienen nuevas barreras en sus vidas y no pueden realizar las actividades de la misma forma. Tener más seguridad o menos se relaciona con las capacidades y limitaciones personales, sin olvidar como en todos los aspectos el grado y tipo de discapacidad. La seguridad en las personas entrevistadas está igualada, cinco han contestado que no sienten inseguridad de forma regular a lo largo del día. Corresponden en gran medida a discapacidades surgidas en una edad más temprana. Por otro lado, el resto han contestado tener bastante inseguridad en las actividades del día a día.

“Me siento innumerable veces insegura al día, por los problemas de memoria” (Entrevista 7).

“Vivo con inseguridad porque no puedo hacer muchas cosas sola, necesito ayuda o supervisión” (Entrevista 1).

“Quizás por mi edad, tengo la suerte de saber quién soy, que me pasa y mis limitaciones. No reconozco inseguridad en ningún ámbito” (Entrevista 5).

En relación a la inseguridad, en la pregunta de forma objetiva, **¿Cuántas veces se siente inseguro a lo largo del día?** Los resultados varían un poco comparándolos con los obtenidos en la pregunta de forma subjetiva. **¿Creé tener inseguridad cuando realiza las actividades de la vida diaria?**

Tabla 3. Nivel de inseguridad

Mucha inseguridad	Poca inseguridad	Seguridad
5 personas	3 personas	2 personas

Dimensión del bienestar físico:

El indicador utilizado para medir esta dimensión ha sido la salud, concretamente las descripciones del malestar o dolor físico, la vitalidad y las habilidades sensoriales. Esta dimensión se encuentra afectada, pues las habilidades físicas han sido afectadas por la discapacidad.

Por lo general, estas personas no suelen tener dolor físico a diario, exceptuando tres casos, uno de ellos por dolor constante y los otros dos porque no sienten malestar de forma regular. Todos coinciden que nadar es un deporte completo para aliviar los dolores musculares y practicando natación tantos años les ha beneficiado en ese aspecto.

Tabla 4. Grado de dolor o molestias diarias

Dolor o molestias a diario		
Nada de dolor	Poco dolor	Mucho dolor
2 persona	7 persona	1 persona

“Siempre tengo dolores de pierna, espalda, pero después de hacer ejercicio la intensidad de dolor disminuye” (Entrevista 9).

“No tengo molestias físicas habitualmente, únicamente cuando me excedo con el entrenamiento” (Entrevista 3).

Otro aspecto a tener en cuenta para medir el bienestar físico es la vitalidad, la energía que se dispone a lo largo del día. Los datos muestran que después de realizar deporte la vitalidad de estas personas aumenta considerablemente, por lógica tendría que ser al revés, ya que han realizado un esfuerzo. Todos están de acuerdo que realizar deporte les ayuda a mejorar las habilidades sensoriales o por lo menos se las mantiene, además de mejorar el tono muscular del cuerpo, lo que conlleva una mejoría en la calidad de vida de estas personas.

Tabla 5. Energía y vitalidad

¿Cuántas veces le falta energía a lo largo del día?		
Nunca	Pocas veces	Muchas veces
1 personas	6 personas	3 personas

Dimensión de la autodeterminación:

Los indicadores utilizados para medir esta dimensión han sido la autonomía y las metas personales. La autodeterminación es la capacidad de tomar las decisiones por uno mismo sin influencias de terceras personas y la discapacidad sobrevenida implica un grado de dependencia a la familia o un tercero, es decir, pérdida del bienestar personal.

El grado de autonomía y de la influencia en la toma de decisiones está relacionado con el tipo y grado de discapacidad de la persona, destacando que cuanto mayor es el grado mayor es la dependencia e influencia de un tercero.

“Dependo mucho de mi familia debido a mis limitaciones, también hay que tener en cuenta que desde muy joven estoy así, necesito ayuda para casi todas las actividades del día a día y mis padres influyen muchísimo en las decisiones que debo tomar en mi vida”(Entrevista 1) .

“Por mis problemas de inseguridad, por la desorientación o pérdida de memoria quizás un poco influenciada estoy, pero intento ser lo más independiente posible, y poco a poco lo estoy consiguiendo” (Entrevista 4).

Por otro lado, las personas con menor grado de discapacidad tienen mayor libertad y autonomía personal, no dependen tanto de la familia, por lo que su bienestar personal no se encuentra afectado y tienen un mayor control sobre sus vidas.

“Todas mis decisiones tienen consenso junto con mi madre y padre quizás puedo pedir consejo, pero no me dejo influenciar por nadie” (Entrevista 10).

El promedio de años que llevan los entrevistados en Aragua es de tres años y medio. Uno de los principales motivos por el cual los deportistas se hicieron socios fue porque había mucha gente joven y porque en Zaragoza no existe mucha variedad de asociaciones deportivas, concretamente de natación y la aparición de esta asociación fue algo novedoso y que esperaba mucha gente.

“Unos amigos me comentaron las actividades que se realizaban desde la asociación y decidí apuntarme, además sabía que había personas jóvenes y eso me ayudo a la hora de tomar la decisión de hacerme socio” (Entrevista 3).

7. Conclusiones

Tras realizar una revisión bibliográfica y un análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se ha realizado una aproximación al conocimiento de la discapacidad y sus tipologías, además, como plantea el principal objetivo de estudio, se puede afirmar que el deporte mejora la calidad de vida de las persona. Pues, las personas con discapacidad sobrevenida deben adaptarse a su nueva situación teniendo en cuenta sus limitaciones funcionales, por ello, para mejorar su calidad de vida utilizan terapias rehabilitadoras como el deporte.

El trabajo social es una disciplina que debe mirar por el cambio social, para mejorar el bienestar social e intentar mejorar los derechos de la sociedad. Cabe destacar la importancia de la intervención desde el trabajo social en la sociedad, ya que favorece a la integración social de todas las personas eliminando prejuicios hacia distintos colectivos, que provocan en muchas ocasiones la marginalidad de un grupo social, como es el caso de las personas discapacitadas. Además, a nivel individual se realiza una actuación personalizada con las personas que demanden cualquier petición relacionada con dicha disciplina, el objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas a través de los distintos recursos existentes de la zona y de esta forma satisfacer sus demandas.

En relación con los objetivos específicos y los datos obtenidos en el análisis de las entrevistas podría decirse que las personas discapacitadas que realizan ejercicio de forma rutinaria obtienen grandes beneficios.

En primer lugar, los beneficios físicos son los que más destacan entre las personas entrevistadas, pues se adquiere un desarrollo funcional de las capacidades y habilidades perdidas, mejorando el estado físico, así como, la calidad de vida de estas personas que gracias a esas mejoras pueden realizan nuevas actividades en su vida diaria sin ayuda de terceros. Por otro lado, se han analizado los beneficios psicológicos que se desarrollan durante y después de hacer ejercicio, destacando el aumento del estado de ánimo y liberación del estrés acumulado.

Por último, el deporte aporta grandes beneficios sociales, puesto que se incrementan las relaciones sociales, favoreciendo la integración social y creación de una identidad de pertenencia a un grupo, en este caso a la asociación Aragua.

Como se ha podido observar, realizar ejercicio mejora la calidad de vida de las personas con discapacidad sobrevenida, les ayuda a ver el mundo de otra forma, donde pueden realizar cualquier deporte con distintos fines como el resto de las personas y obtener los beneficios del mismo. Además, al mejorar sus capacidades y habilidades ganan la confianza en sí mismos que perdieron tras la

aparición de la discapacidad repercutiendo de forma muy positiva en los distintos aspectos de su vida, ya sea en el ámbito laboral, social o personal.

En relación a los beneficios sociales que se han obtenido en este estudio según las observaciones realizadas y a la información obtenida en las entrevistas, se plantea una propuesta de mejora relacionada con dichos beneficios, ya que varias personas destacaron en las entrevistas que les gustaría que se realizasen más actividades grupales entre los socios de la asociación, pues Aragua no tiene sede, y además los socios no realizan ejercicio en la misma piscina, cada uno acude a la más cercana a su domicilio o a la que más se adapta a sus limitaciones personales.

Las personas con discapacidad sobrevenida deben mejorar en todas las dimensiones de la calidad de vida, un dato importante es que las personas entrevistadas le dan menos importancia a los beneficios sociales, pues principalmente realizan ejercicio para mejorar su estado físico.

Por ello, la propuesta está encaminada a realizar un acercamiento entre los socios de la asociación con la búsqueda de un espacio que compartir, donde puedan realizar distintas actividades con distintos fines, ya sea para hablar sobre los problemas que tienen o simplemente para estar un tiempo juntos. Cabe destacar que las personas entrevistadas tienen una fuerte identidad de pertenecía a Aragua, un aspecto que facilitaría la intervención de los técnicos para tratar los temas y realizar las distintas propuestas que surgieran.

8. Bibliografía

Álvarez Villa, Á., Mercado Saéz, M. T., Ramírez Queralt, A., Rius Sanchis, I., Sánchez Castillo, S., & Solves Almela, J. (2012). *Tratamiento de los juegos Paralímpicos de 2008 en los medios españoles*. Madrid: Cinca.

Barranco Expósito, M. (2004). La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* (12) ,79-102.

Consejo Superior de Deportes. (2011). *Deportistas sin adjetivos. El deporte adaptado a las personas con discapacidad física*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de la investigación social*. (Edición revisada). Madrid: McGraw Hill Interamericana.

De Lorenzo García, R. (2007). *Discapacidad, sistemas de protección y Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.

Esteban, E., & Ortiz, S. (2008). *Actividades de autonomía personal en la vida diaria para personas con discapacidad*. Madrid: Cepe.

Fernández García, T., & López Peláez, A. (2006). *Trabajo social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial S.A.

Frontera Sancho, M., & Gómez Bahillo, C. (2012). *Calidad de vida en las personas con inteligencia límite: Evaluación y propuesta de una guía de indicadores para las organizaciones*. Madrid: Universitas.

García de la Cruz, J., & Zarco, J. (2007). *La familia discapacitada*. Madrid: Fundamentos.

Gil Blázquez, A., Moya Sánchez, N., & Collada Serrano, R. (2007). El trabajo social en centros base de atención a personas con discapacidad. Situación Actual y Retos. *Trabajo Social Hoy* (51), 61-73.

Instituto Aragonés de Estadística. (2014). *Datos Básicos de Aragón, 2014*. Zaragoza: Gobierno Aragón.

Ministerio de Asuntos Sociales. (1991). *¡ÁNIMO! Inténtalo otra vez los minusválidos y el deporte*. Madrid: Instituto Nacional de los Servicios Sociales.

Molina Álvarez, M. T. (2011). Dinámicas de grupo para la cohesión de grupo. *Innovación y enseñanza educativa* (40) ,1-20.

Muyor, J. (2011). La (con) ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. *Trabajo Social y Acción Social* (49), 9-33.

Paton, J. (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.

Rossell Poch, T. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de trabajo social* (11), 103-122.

Sánchez Espejo, I. (2008). La familia como primer agente socializador. *Cuadernos de Docencia - Revista Digital de Educación* (10), 1-5.

Sarto Martín, M. (2013). Familia y discapacidad. *III Congreso La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo*. Universidad de Salamanca.

Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2006). *Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: IPACSA.

Shalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza

Shalock, R., & Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service*. Washintong, DC: American association on Mental Retardation.

Verdugo, M. (2004). Calidad de vida y calidad de vida familiar. *II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual (2-13)*.Medellin: Universidad de Salamanca

Verdugo, M., & Shalock, R. (2007). El concepto de la calidad de vida en los servicios y apoyos a personas con discapacidad intelectual. *Siglo cero* (224), 21-36.

Zastrow, C. H. (2007). *Trabajo Social con Grupos*. (6ª ed.). Madrid: Paraninfo S.A.

9. Webgrafía

Asociación Aragonesa de Gestores del Deporte. (2007). Asociación Aragonesa de Gestores del Deporte. Recuperado el 06 de 07 de 2016, de <http://www.gedaragon.com/sobre-nosotros/quienes-somos/>.

Fundación DFA. (2015). Fundación de Disminuidos Físicos de Aragón. Recuperado el 06 de 07 de 2016, de http://www.fundaciondfa.es/wps/portal/inicio/Quienes_somos/Organizacion/Donde_Estamos!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3jTEC8TSydDRwMLN09zA0_vEF9fVxcFYwtXc_1wkA7cKowM8MobGBrilzeA6jfAARwN9P088nNT9Quys4M8yh0VAdh2Y10!/dl3/d3/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Noticias Jurídicas. (2011). Ley 2/2011, de 24 de febrero, modificación de la Ley 4/1993, de 16 de marzo, del Deporte de Aragón. Recuperado el 25 del 04 de 2016, de http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ar-14-1993.html

Noticias Jurídicas. (2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Recuperado el 25 de 04 de 2016, de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/517635-rdleg-1-2013-de-29-nov-se-aprueba-el-texto-refundido-de-la-ley-general-de.html

Organización Mundial de la Salud. (2016). Definición de discapacidad. Recuperado el 30 de 05 de 2016, de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

10. Anexos

10.1 Entrevista a los deportistas

1. Nombre
2. Edad
3. Sexo
4. Nivel de estudios:
5. ¿Cuándo se originó la discapacidad?
6. ¿Tiene reconocida la discapacidad? Tipo de discapacidad.
7. Antes del suceso que originó la discapacidad, ¿practicaba deporte?, si es así qué deporte practicaba.
8. Dígame qué beneficios le ha aportado realizar deporte para mejorar su calidad de vida
9. ¿Cuál es el motivo por el que realiza ejercicio?
10. ¿Desde qué práctica deporte se encuentra mejor consigo mismo? ¿Cuánto tiempo dedica para el cuidado de su imagen a la semana?
11. ¿Creé que su imagen corporal ha mejorado desde que realiza deporte? ¿Cuántas horas hace deporte a la semana?
12. ¿Cuántas veces se siente inseguro a lo largo del día? ¿Creé tener inseguridad cuando realiza las actividades de la vida diaria?
13. ¿Cómo ha ido evolucionado su estado anímico desde que surgió su discapacidad? ¿Cómo se encuentra en la actualidad?
14. ¿Cuántas veces al día se nota que le falta energía, con las actividades rutinarias de su vida? ¿Nota que tiene una mayor vitalidad desde que hace deporte?
15. ¿Cuántas veces tiene malestar físico al día? ¿Cree que tiene menos molestias físicas desde que realiza deporte?
16. ¿Qué habilidades sensoriales han disminuido desde que tiene discapacidad? ¿Le han mejorado sus habilidades sensoriales desde que practica deporte?

17. Desde que realiza deporte ¿Hay alguna evolución en su calidad de vida? ¿Qué efectos físicos y psicológicos tienen en su vida?
18. ¿Te ha ayudado el deporte a superar las limitaciones que implica tener una discapacidad?
19. ¿Cómo se ha visto afectado su bienestar, así como su autonomía personal desde que tiene una discapacidad?
20. ¿A la hora de tomar decisiones se ve muy influenciado por terceras personas o por su ámbito familiar?
21. ¿Qué aspectos de su vida diaria se han visto afectada por su condición física actual?
22. ¿Cuánto tiempo lleva en Aragua?
23. ¿Por qué eligió Aragua, como asociación deportiva?

10.2 Entrevista a la Trabajadora Social de Aragua

1. Nombre
2. Formación académica
3. ¿Cómo surgió Aragua?
4. ¿Cuántos años lleva trabajando en Aragua?
5. ¿Cuál es el motivo por el que trabaja en esta asociación?
6. Método de intervención con las familiar que acuden a la asociación.
7. ¿Cómo es el proceso de acogida?
8. ¿Cuáles son las funciones del profesional?
9. ¿Cómo es el seguimiento de cada caso?
10. ¿Cuál es el tipo de discapacidad que predomina?
11. ¿Qué actividades se realizan en la asociación para favorecer la inclusión social y el desarrollo físico de los usuarios?
12. ¿Existe coordinación con otros recursos de Zaragoza?